

Aus dem Institut für Humangenetik der Universität Marburg
Direktor: Professor Dr. G. G. Wendt

UNTERSUCHUNG ÜBER VERHALTEN UND EINSTELLUNG
ZUR KRANKHEIT VON PATIENTEN MIT
ZAHN-, MUND- UND KIEFERKRANKHEITEN

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Zahnheilkunde

dem Fachbereich Humanmedizin
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

BRUNHILD MUNSCH-HELLER

aus Hannover

Marburg 1974

Druck: Görich & Weiershäuser, Marburg (Lahn)

Aus dem Institut für Humangenetik der Universität Marburg
Direktor: Professor Dr. G. G. Wendt

UNTERSUCHUNG ÜBER VERHALTEN UND EINSTELLUNG
ZUR KRANKHEIT VON PATIENTEN MIT
ZAHN-, MUND- UND KIEFERKRANKHEITEN

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Zahnheilkunde
dem Fachbereich Humanmedizin
der Philipps-Universität Marburg
vorgelegt von

BRUNHILD MUNSCH-HELLER
aus Hannover

Marburg 1974

Druck: Görich & Weiershäuser, Marburg (Lahn)



Angenommen vom Fachbereich Humanmedizin der
Universität Marburg am 11.Juni 1974

gedruckt mit Genehmigung der Fakultät

Dekan: Prof. Dr. H. Oepen

Referent: Prof. Dr. H. Oepen

Correferent: Prof. Dr. H. Schnell

Meinen Eltern in Dankbarkeit gewidmet.

I. <u>Einleitung</u>	1
----------------------------	---

II. Methodik

A. Datenerhebung

1. Befragte Personen	3
2. Datenschema	5
Faktoren des Verhaltens	
a) Daten zur Person und Familie	5
b) Art der Krankheit (Symptome, Dauer, Schwere)	6
c) Verhalten der Gesunden gegenüber dem Kranken	7
d) Einstellung des Patienten zur Krankheit	8
3. Fragen und Antworten	9

B. Datenauswertung

9

III. Darstellung der Ergebnisse

A. Ergebnisse, die sich auf persönliche Angaben und Daten der Patienten beziehen

1. Herkunftsorte der Patienten	18
2. Geschlechtsverteilung der Patienten ..	19
3. Altersmäßige Zusammensetzung	20
4. Familienstand	22
5. Kinderzahl	23
6. Religion	25
7. Kostenträger	26
8. Schulbildung	27
9. Beruf	28

B. Ergebnisse, die sich auf die Krankheit

<u>der Patienten beziehen</u>	30
1. Kieferbruch	31
2. Abszeß	33
3. Osteomyelitis	34
4. Zysten	34
5. Retinierte Zähne	36
6. Tumoren	37
7. Odontoid	38
8. Ulcus	38
9. Chronisch granulierende Periodontitis nach PARTSCH	38
10. Sialolithiasis	39
11. Thrombose-Marcumar-Patient	39
12. Parodontopathien	39
13. Kiefergelenkserkrankungen	41
14. Amelogenesis imperfecta	43
15. Stellungsanomalien der Zähne	44
16. Kieferexostose	45
17. Pseudarthrose	45

C. Ergebnisse der Umfrage

1. Beziehungen zwischen Krankheit und Beruf

1.1. Krankheit und Beruf	46
1.2. Befriedigung im Beruf	46
1.3. Krankheit und Geschlecht	51
1.4. Dauer der Krankheit	52

2. Krankheitsbewertungen

2.1. Anfängliche Krankheitsbewertung ..	54
2.2. Verlaufsbewertung	57
2.3. Jetzige Bewertung	61
2.4. Prognose	62

3. Krankheitswissen

- 3.1. Wissen die Patienten über ihre
Krankheit Bescheid? 68
- 3.2. War das Wissen der Krankheit
erwünscht? 72
- 3.3. Effekt der Patienten bei der ärzt-
lichen Mitteilung der Krankheit .. 72

4. Reaktion der Umgebung

- 4.1. Reaktion des Arztes 75
- 4.2. Reaktion des Arbeitgebers 75
- 4.3. Reaktion des Partners 76
- 4.4. Reaktion der Eltern 77
- 4.5. Reaktion der Kinder 79
- 4.6. Reaktion der Geschwister und
Angehörigen 80
- 4.7. Reaktion der Freunde 82

5. Krankheitsursache

- 5.1. Wissen der Krankheitsursache 83
- 5.2. Seelische Ursachen 84
- 5.3. Umwelt als Ursache 86
- 5.4. Erbllichkeit 86

6. Verantwortung am Entstehen der Krankheit

- 6.1. Trägt der Patient selber die
Verantwortung? 87
- 6.2. Haben andere Personen Schuld am
Entstehen der Krankheit? 87

7. Welche Sorgen beschäftigen die Patienten hauptsächlich während der Krankheit? .. 89

8. Welchen Belastungen sind die Patienten im Blick auf die gesundheitliche Zukunft ausgesetzt? 90

9.	<u>Einstellung zur Defektheilung</u>	
9.1.	Eigene Einstellung	97
9.2.	Einstellung anderer	99
10.	<u>Einstellung zur chronischen Krankheit</u>	
10.1.	Eigene Einstellung	100
10.2.	Einstellung anderer	102
11.	<u>Hat die Lebensweise der Patienten etwas mit ihrer Krankheit zu tun?</u>	
11.1.	Vergangene Lebensweise	102
11.2.	Zukünftige Lebensweise	103
12.	<u>Angst vor dem Zahnarzt und Zahnarztbesuch</u>	103
13.	<u>Einstellung zur Zahnlosigkeit</u>	105
14.	<u>Einstellung zur Prothese</u>	107

IV. Besprechung des Vorgehens und der Ergebnisse

A.	<u>Diskussion der Methodik</u>	110
B.	<u>Diskussion der Ergebnisse, die sich bei der Umfrage herausstellten</u>	
1.	<u>Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Beziehungen zwischen Krankheit, Geschlecht und Beruf beziehen</u>	
1.1.	Krankheit und Beruf	112
1.2.	Befriedigung im Beruf	115
1.3.	Krankheit und Geschlecht	116
1.4.	Krankheitsdauer	116

2. <u>Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Krankheitsbewertungen der Patienten beziehen</u>	117
3. <u>Diskussion der Ergebnisse, die sich auf das Krankheitswissen beziehen</u>	124
4. <u>Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Reaktion der Umgebung beziehen</u>	
4.1. Reaktion des Arztes	127
4.2. Reaktion des Arbeitgebers	128
4.3. Reaktion des Partners	128
4.4. Reaktion der Eltern	130
4.5. Reaktion der Kinder	130
4.6. Reaktion der Geschwister und Angehörigen	131
4.7. Reaktion der Freunde	131
4.8. Vergleich der Reaktion aller Mitmenschen	133
5. <u>Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Krankheitsursache beziehen</u>	
5.1. Wissen der Krankheitsursache	133
5.2. Seelische Ursachen	135
5.3. Umwelt als Ursache und Erblichkeit	136
6. <u>Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Verantwortung am Entstehen der Krankheit beziehen</u>	137
7. <u>Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Sorgen der Patienten während der Krankheit beziehen</u>	138

8. <u>Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Belastungen der Patienten in Bezug auf die spätere Gesundheit beziehen</u>	139
9. <u>Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Einstellung zur Defektheilung beziehen</u>	
9.1. Eigene Einstellung	141
9.2. Einstellung anderer	142
10. <u>Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Einstellung zur chronischen Krankheit beziehen</u>	
10.1. Eigene Einstellung	143
10.2. Einstellung anderer	145
11. <u>Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die vergangene und zukünftige Lebensweise der Patienten beziehen</u>	145
12. <u>Diskussion der Angst vor dem Zahnarzt</u> ...	147
13. <u>Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Einstellung zur Zahnlosigkeit und den Zahnverlust beziehen</u>	150
14. <u>Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Einstellung zur Prothese beziehen</u> ...	152
Zusammenfassung	155
Literaturverzeichnis	162

I. Einleitung

Das subjektive Verhalten und Empfinden von Menschen, die an einer Zahn-, Mund- und Kieferkrankheit leiden, ist bis jetzt kaum untersucht worden. Nur wenige Arbeiten beschreiben den Zusammenhang zwischen dem Verhalten solcher Patienten, ihrer Einstellung zur Krankheit, ihrer sozialen Stellung, der Krankheit selbst und anderen pathogenetischen oder pathoplastischen Faktoren. Genetische Aspekte werden dabei kaum berücksichtigt. Auch in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ist es wichtig, ein abgerundetes Bild des gesamten Fragenkomplexes zu erhalten. Nicht nur, weil die Zähne (ebenso wie die Haare) im Unterbewußtsein Kraft und Potenz symbolisieren (FREUD), ist es interessant, die Einstellung der Patienten mit Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten zu ihrer Krankheit zu erforschen. Vielmehr erschien es wichtig zu wissen, inwieweit ein Zusammenhang zwischen dem Beruf, sozialer Schicht und speziellen Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten besteht. Wie bewerten die Patienten ihre Krankheit? Ändert sich diese Bewertung während der Krankheit? Was wissen die Patienten von ihrer Krankheit und wovon hängt dieses Wissen ab? Wie reagieren die Mitmenschen und wovon ist deren Reaktion bedingt? Was wissen die Patienten über die Krankheitsursachen? Hat ihre Lebensweise etwas damit zu tun? Welchen momentanen Sorgen und späteren Belastungen sind die Erkrankten ausgesetzt? Wie verhalten sie sich gegenüber einer Defektheilung oder chronischen Krankheit? Inwieweit würden sie sich mit deren Folgen (Zahnlosigkeit und Prothese) abfinden? Spielen Erbfaktoren in diesem ganzen Fragenkomplex eine Rolle?

Im folgenden wird versucht, methodisch zu klären,
wie Antworten auf die genannten und ähnliche Fragen
zu ermitteln sind und was sich dabei ergibt.

II. Methodik

A. Datenerhebung

Um möglichst viele Patienten mit Zahnerkrankungen ansprechen zu können, führte ich in der Zahnklinik der Philipps-Universität Marburg eine Fragebogenaktion durch. Ich suchte 100 Patienten in der Klinik auf und bat sie, mir einige Fragen zu beantworten. Dabei trug ich immer einen weißen Kittel. Stets fand unser Gespräch "unter vier Augen" statt. Anfangs ließ ich die Patienten allein über sich und ihre Krankheit erzählen. Oft erwähnten sie Dinge, die nicht direkt etwas mit der Krankheit zu tun hatten, mir aber wertvoll erschienen. So machte ich mir nebenbei Notizen, um die spätere Datenauswertung ergänzen zu können. Während der Gespräche stellte ich Fragen, die auf einem vorher ausgearbeiteten Fragebogen standen. Die Antworten wurden verschlüsselt eingetragen. Die Mehrzahl der Patienten zeigte dabei keine Hemmungen. Nur einmal stieß ich auf Ablehnung: die betreffende Patientin weigerte sich, weil sie Angst vor einer Veröffentlichung ihrer Angaben hatte.

1. Befragte Personen

Das Verhalten und Empfinden eines jeden Patienten, gleich von welcher Krankheit er betroffen ist, hängt von vielen Faktoren ab. Dieses trifft auch bei Menschen zu, die an einer Erkrankung des Zahnsystems leiden. Um ein Bild von der Einstellung dieser Patienten zu ihrer Krankheit zu bekommen, habe ich in der Zahnklinik der Philipps-Universität Marburg sowohl ambulant als auch stationär behandelte Personen befragt. Wert-

voll und ergiebig für die Arbeit erschien mir die Befragung von Patienten, die in folgenden Abteilungen der Zahnklinik behandelt werden:

- 1.) Parodontoseabteilung
- 2.) Kieferorthopädische Abteilung
- 3.) Poliklinik (stationär aufgenommene Patienten)

Die Konservierende- und Prothetische Abteilung, wo der größte Teil der Patienten behandelt wird, habe ich bei meiner Befragung ausgelassen. Im allgemeinen fühlen sich die Patienten, die hierher kommen, nicht krank, abgesehen von einigen seltenen Fällen.

In der Aufnahme-Abteilung der Zahnklinik Marburg, die auch gleichzeitig die Parodontose-Abteilung ist, habe ich vornehmlich Patienten mit Kiefergelenkserkrankungen, Gingivitiden, Stomatitiden und Erbkrankheiten befragt. Die drei erstgenannten Erkrankungen sind oft, wie jeder Zahnarzt aus Erfahrung weiß und was allgemein aus der Literatur bekannt ist, durch psychische Belastungen entstanden. Darum erschien mir dieser Patientenkreis wichtig. Erbkrankheiten, die innerhalb des Zahnsystems auftauchen, sind sehr selten. Ich hatte das Glück, zwei Familien im Raum Marburg ausfindig machen zu können, die von einer bestimmten vererbbaaren Krankheit befallen sind, der Amelogenesis imperfecta. Die Einstellung dieser Patienten zu ihrem Schicksal konnte mir Aufschluß geben über eine Zahnerkrankung, die seit der Geburt bzw. seit der ersten Dentition besteht.

Als zweites befragte ich Personen aus der Kieferorthopädischen Abteilung, und zwar anfangs Mädchen und Buben im Alter von 10-12 Jahren. Patienten dieser Altersgruppe sind hier am stärksten vertreten. Leider stellte ich fest,

daß die Befragung dieses Personenkreises nicht allzu ergiebig war. Den meisten der Kinder war die Stellungsanomalie gleichgültig. Anders verhielt es sich mit älteren Patienten, die jedoch nur in geringer Zahl in der Kieferorthopädischen Abteilung anzutreffen waren.

Die letzte Gruppe von den befragten Patienten, die die zahlreichste bildet, befand sich in der Bettenstation, die zur Poliklinik der Zahnklinik gehört. Dabei handelt es sich um Personen, die von folgenden Krankheiten befallen waren: Unter- und Oberkieferfrakturen, Osteomyelitis, radikuläre wie follikuläre Cysten, Tumore, submandibuläre und perimandibuläre Abszesse, Odontoide, Ulcus und retinierte Zähne.

2. Datenschema: Faktoren des Verhaltens

Das Erleben der Erkrankung bzw. der Krankheit hängt von mehreren Faktoren ab. Auf Grund dieser einzelnen Faktoren habe ich einen Bogen mit Fragen zusammengestellt, deren Antworten mir Auskunft geben sollen über das Verhalten, Empfinden und die Einstellung der einzelnen Patienten zu ihrer Krankheit.

a. Daten zur Person und Familie

Das Erlebnis der Krankheit hängt im wesentlichen von der Persönlichkeit und dem Charakter des Betroffenen ab. Das persönliche Verhalten ist natürlich weitgehend die Folge einer sozialen Prägung, die mit ererbten Faktoren, welche Verhalten bestimmen, interferiert (SCHAEFER und BLOHMKE). Die Eigenschaften des Patienten kann man jedoch in einem kurzen Gespräch mit dem Kranken, wie ich es bei meiner Befragung getan habe, nicht

ergründen. In geringem Maße ist es möglich, durch Daten zur Person, wie Geschlecht, Familienstand, Religion, Kinderzahl, Schulbildung und Beruf den Patienten oberflächlich kennenzulernen. Zwar wird man durch diese Daten nie das gesamte Bild der Persönlichkeit und den Charakter erfassen können, doch reichen diese Aussagen aus, um die einzelnen Patienten zu vergleichen und eventuell Schlüsse daraus zu ziehen. Auch äußere Faktoren spielen eine Rolle, denn diese tragen sehr viel zur Gesundung des Kranken oder aber deren Verzögerung bei. Steckt ein Patient in einer problematischen wirtschaftlichen Lage, so verläuft die Genesung mit Sicherheit langsamer als bei einem Menschen, der keine wirtschaftlichen und finanziellen Sorgen hat. Auch der Gedanke an die Familie, deren Wohlergehen vom Verdienst des Erkrankten abhängt, kann den Krankheitsverlauf beeinflussen. Verzwickte Familienverhältnisse sind imstande, die Genesung des Patienten negativ zu beeinflussen. Die Einstellung zum Beruf, ob er gern ausgeübt wird oder mit Widerwillen, ist auch maßgebend. Ein Mensch, der an seinem Beruf, seiner Aufgabe hängt, will so schnell wie möglich die Krankheit überwinden. Wenn jedoch jemand seinen Beruf haßt und gar keine Befriedigung darin erfährt, zieht er das Kranksein solange wie möglich hinaus, um sich ausspannen zu können. Hier bietet sich dann für denjenigen eine günstige Gelegenheit, seiner Arbeit für einige Zeit zu entsagen (BIRNBAUM).

b. Art der Krankheit (Symptom, Dauer, Schwere)

In erster Linie kommt es jedoch darauf an, von welcher Krankheit der Patient betroffen ist und wie diese verläuft. Es ist sehr bedeutsam, ob

es sich um eine akute Erkrankung, die schnell und ohne komplizierte Folgen vorübergeht oder ob es sich um eine chronische Krankheit handelt, deren Ausgang ungewiß ist und die vielleicht mit einer Minderung der zukünftigen Leistungsfähigkeit verbunden sein kann. Die Natur der Krankheit, also Art, Symptome, prägen das Verhalten des Patienten. Ebenso kann eine übermäßig lange Dauer der Krankheit das Empfinden des Patienten beeinflussen. Es ist oft entscheidend, ob die Krankheit plötzlich auftrat oder aber allmählich. Außerdem kann es von Nutzen sein, wenn man weiß, wie der Patient reagierte, als man ihm die Diagnose seiner Krankheit mitteilte. Der eine reagiert schockartig, während den anderen die Diagnose kalt läßt und sie ihm gleichgültig ist. Ein dritter ist froh, die Diagnose zu kennen, um sich auf die Krankheit einstellen zu können, und ein vierter freut sich auf das längere Ausspannen und den Milieuwechsel. Wie man sieht, können die Reaktionen mannigfaltig sein. Es besteht auch ein Unterschied im Verhalten des Patienten, wenn er für die Erkrankung die Verantwortung selber trägt oder aber ein anderer oder niemand. Ebenso hängt die Einstellung des Patienten von der geführten Lebensweise ab, der Umwelt und sogar von der Psyche. Manche Erkrankungen basieren auf seelischen Ursachen. Auch die Erblichkeit einer Krankheit spielt eine Rolle.

c. Verhalten der Gesunden gegenüber dem Kranken

Ein weiteres wichtiges Moment ist das Verhalten der Gesunden gegenüber dem Erkrankten. Bei der Befragung habe ich die Patienten jeweils nach der Reaktion von Menschen in ihrer nächsten Umgebung gefragt, als sie von ihrer Erkrankung

erfahren. Dazu gehören der Arzt, Arbeitgeber, Partner, Kinder, Eltern, Geschwister und Angehörige sowie Freunde. Das Verhalten dieser nächsten Menschen kann nämlich manchmal Wunder wirken und den Willen des Kranken zur Genesung stärken, umgekehrt aber auch die Gesundung verzögern. Allein die Liebe zu dem Kranken kann helfen, die Krankheit schneller zu überwinden.

d. Einstellung des Patienten zur Krankheit

Von der Gefühlsseite des Kranken her spielen vor allem Furcht und Hoffnung (Prognose) eine entscheidende Rolle. Während einige Menschen schon bei geringsten Erkrankungen schlimmste Befürchtungen hegen, behalten andere auch in unangenehmsten Situationen stets die Hoffnung auf einen guten Ausgang. Der Wille und die Einsicht sind zwei weitere Faktoren, die die Krankheit wesentlich beeinflussen können. Es gibt Patienten, die überhaupt keinen Gesundungswillen zeigen. Für sie ist die Krankheit ein Mittel, irgendwelche Ziele, die außerhalb ihrer Macht liegen, zu erreichen. Andere hingegen, die ein inhaltsreiches Leben geführt haben, zeigen einen starken Willen zur Gesundung, um so schnell wie möglich wieder in ihr voriges Leben zurückzukehren. Die Einsicht spielt auch eine große Rolle. Es gibt Menschen, die ihre Krankheit vollkommen ignorieren können und wollen und wiederum andere, die sich mit ihrer Krankheit täglich beschäftigen und sie zu ergründen suchen. Sie möchten alles über "ihre" Krankheit wissen, Ursache, Verlauf und möglichen Ausgang sowie die Therapie. Sie interessieren sich für alles, was ihr Leiden anbetrifft und versuchen mit allen Mitteln, Informationen darüber zu bekommen.

3. Fragen und Antworten

Nach den Gesichtspunkten, die im vorigen Kapitel beschrieben wurden, habe ich Fragen ausgearbeitet. Zu jeder dieser Fragen stellte ich zum Teil einige mögliche Antworten zusammen. Andere Antworten ergaben sich im Laufe der Befragung und wurden von der Mehrzahl der Patienten genannt. Außerdem machte ich mir Notizen über die Gespräche mit den Patienten. Die Antworten wurden auf den Fragebogen als Ziffer eingetragen. Tafel 1 gibt den von mir verwendeten Fragebogen wieder und Tafel 2 den dazugehörigen Schlüssel.

B. Datenauswertung

Da wir anfangs vorhatten, die Antworten im Rechenzentrum der Universität mit einem Computer auswerten zu lassen, erhielt jede Frage eine Kennzahl und jede Antwort eine Ziffer. Im Rechenzentrum hätte man dann jede Antwort auf eine Karte lochen müssen. Da ich aber nur 100 Patienten befragt habe, wertete ich die erhaltenen Daten mit der Hand aus. Dazu benutzte ich ein großes Blatt Papier (150cm x 150 cm), welches ich in senkrechte und waagerechte Spalten unterteilte. In die waagerechten Spalten trug ich die Kennzahlen der Fragen ein, in die senkrechten die einzelnen Nummern der Patienten, die ich schon geordnet hatte nach Art der Erkrankungen, Geschlecht und Alter. Die verschlüsselten Antworten der Patienten setzte ich nun jeweils unter die dazugehörigen Kennzahlen der Fragen. Aus dieser ersten Tabelle fertigte ich mir zur Auswertung viele kleine an, die z.T. im Kapitel "Darstellung der Ergebnisse" zu finden sind, oder aber graphisch dargestellt werden.

Tafel 1:
Fragebogen

Nr.: 123

Name: erreichbar:

Geschlecht: 4 Fam.Stand: 5 Kindz.: 6

Rel.: 7 Kasse: 8 Schulbildg: 9

Beruf: 10 Befriedg: 11 Geburtsjahr: 12 13

EA: 14 15 DA: 16 17 BA: 18 19

Verdachts.Diag: 20 21 22 Anf.Kr.Bewrt.: 23

Bew.Verlauf: 24 Jetzt.Bew.: 25

End.Diag.: 26 27 28 subj.Krh.Wissen: 29

obj.Krh.Wissen: 30 von: 31 Effekt: 32

erwünscht: 33 Reaktion Arzt: 34

Arbeitgeber: 35 Partner: 36 Kinder: 37

Eltern: 38 Geschw., Angeh.: 39 Freunde: 40

Zahnarztb.: 41 Behandl.: 42 Angst: 43

Hauptsorge: 44 Fam.Abh.: 45

Hauptlast subj.: 46 Hauptlast obj.: 47

Verantw.selbst: 48 Verantw. and.: 49

Prognose subj.: 50 Prognose obj.: 51

Einstell.z.Defekth.selbst: 52 and.: 53

Einstell.z.chron.Krankheit selbst: 54 and.: 55

Einstell.z.Zahnl.: 56 Einstell.z.Prothese: 57

Vergang.Lebensweise: 58 zukünftige: 59

Krh.Ursache-Wissen: 60 Seel.Urs.: 61

Umwelt: 62 Erblich: 63

Tafel 2:

Schlüssel

Nr.:	
Name:	erreichbar:
4 Geschlecht:	1=männlich 2=weiblich
5 Familienstand:	1=ledig 2=verheiratet 3=geschieden 4=wiederverheiratet 5=verwitwet 6=Zusammenleben mit Freunden
6 Kinderzahl:	1=keine 2=eins 3=zwei 4=drei 5=vier-fünf 6=sechs-neun 7=zehn und mehr
7 Religion:	1=evangelisch 2=katholisch 3=freikirchlich 4=Sekte 5=jüdisch 6=andere 7=kein Glaube
8 Kasse:	1=gesetzliche Krankenkasse und Sozialfürsorgeempfänger 2=Ersatzkasse und Privatkasse 3=keine Kassen
9 Schulbildung:	1=Sonderschule 2=Volksschule 3=Realschule 4=Gymnasium 5=Abendschule 6=Universität
10 Beruf:	1=ungelernter Arbeiter (Hilfsarbeiter) 2=angelernter Arbeiter 3=Vertreter, Landwirte 4=höhere Beamte, Akademiker 5=Fabrikanten, Großkaufleute, Gastwirte 6=Schüler, Studenten, Lehrlinge 7=mittlere Beamte, Angestellte 8=Handwerker 9=Hausfrauen 10=Rentner

- | | |
|--|--|
| 11 Befriedigung
im Beruf: | 1=ungern
2=nur, um Geld zu verdienen
3=gern
4=Erfüllung im Beruf |
| 12+13 Geburtsjahr: | |
| 14+15 Erkrankungsalter: | |
| 16+17 Diagnosealter: | |
| 18+19 Berichtsalter: | |
| 20+21+22 Verdachts-
diagnose: | |
| 23 Anfängliche Krank-
heitsbewertung: | 1=keine Beachtung geschenkt
2=leicht genommen
3=Krankheit wie jede andere
auch
4=Sorgen gemacht
5=sofort das Schlimmste
befürchtet
6=nichts bemerkt |
| 24 Verlaufsbewertung: | 1=Zeichen verschwunden
2=gebessert
3=konstant
4=verschlechtert
5=schwankend |
| 25 Jetzige Bewertung: | 1=gesund
2=weitgehend gesund
3=gebessert
4=verschlimmert
5=sehr verschlimmert
6=keine genaue Antwort
7=Behinderung
8=konstant |
| 26+27+28 Diagnose: | |
| 29 Subjektives Krank-
heitswissen: | 1=ja
2=nein
3=Vermutung |
| 30 Objektives Krank-
heitswissen: | 1=ja
2=nein |
| 31 Die Krankheit er-
fahren von: | 1=Arzt
2=Partner
3=Eltern
4=Kindern
5=Freunden
6=sonst jemandem
7=niemandem |

- 32 Effekt, als der Patient die Art der Krankheit erfuhr: 1=froh, erleichtert
2=lieber unwissend geblieben
3=darunter nichts vorstellbar
4=entsetzt, niedergeschlagen
5=gleichgültig
6=verständlich
7=bedrückt
8=kein Effekt
9=resignierend
- 33 War es vom Patienten erwünscht, die Krankheit zu erfahren: 1=ja
2=nein
3=gleichgültig
- 34 Reaktion des Arztes: 1=keine
2=hilfsbereit
3=erstaunt
4=entsetzt
5=erleichtert
6=besorgt
7=nicht aufklärend genug
8=brutal
9=zu wenig Zeit genommen
- 35 Reaktion des Arbeitgebers: 1=keine
2=hilfsbereit
3=erstaunt
4=entsetzt
5=erleichtert
6=mit Entlassung gedroht
7=ärgerlich
8=Mitleid
- 36 Reaktion des Partners: 1=keine, weil nicht vorhanden
oder unwissend
2=verständnisvoll
3=mitleidig
4=hilfsbereit
5=entsetzt, traurig
6=erleichtert
7=uninteressiert
8=besorgt
9=ärgerlich
- 37 Reaktion der Kinder: siehe unter 36
- 38 Reaktion der Eltern: siehe unter 36
- 39 Reaktion der Geschwister und Angehörigen: siehe unter 36
- 40 Reaktion der Freunde: siehe unter 36
- 41 Wie oft geht der Patient zum Zahnarzt: 1=regelmäßig
2=unregelmäßig, nur bei Schmerzen

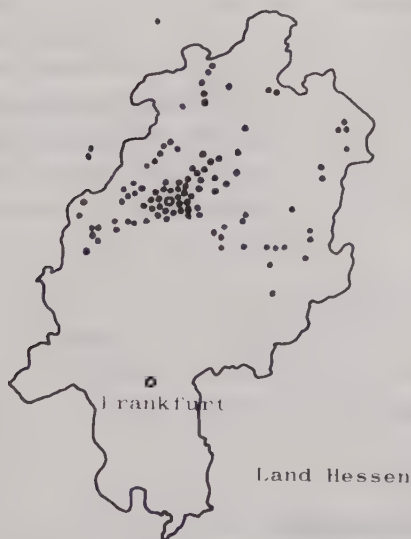
- 42 Art der Behandlung 1=ambulant
 2=stationär
- 43 Angst vor dem Zahnarzt: 1=ja
 2=nein, es muß ja sein
- 44 Hauptsorge: 1=Befreiung von Beschwerden, Heilung, Herstellung der Kaufunktion
 2=Behinderung durch Aussehen
 3=zukünftige Leistungsunfähigkeit
 4=zukünftige Gesundheit
 5=zukünftige wirtschaftliche Situation
 6=keine
 7=Schicksal des Partners
 8=Schicksal der Kinder, der Familie
 9=anderes (Zahnstellung)
- 45 Familie abhängig von: 1=Verdienst
 2=Hilfe zu Hause
 3=sonstige Leistungen
 4=nicht
 5=Hilfe für Partner
- 46 Hauptlast subj.: 1=sich selbst zur Last fallen
 2=nicht mehr gesund werden, anderen zur Last fallen
 3=Not der Abhängigen
 4=Verschlechterung des Zustandes
 5=späteres Leben
 6=keine genauen Angaben
 7=späteres Aussehen
- 47 Hauptlast obj.: siehe unter 46
- 48 Verantwortung selbst: 1=fahrlässig
 2=gewollt
 3=unbewußt
 4=nicht verantwortlich
 5=unsicher
 6=ja
- 49 Verantwortung andere: 1=fahrlässig
 2=gewollt
 3=unbewußt
 4=nicht verantwortlich
 5=unsicher
 6=ja

- 50 Prognose subj.: 1=Heilung
2=Besserung
3=gleichbleibend
4=Verschlechterung
5=Tod
6=weiß nicht
7=Hoffnung auf Besserung
- 51 Prognose obj.: siehe unter 50
- 52 Einstellung zur Defektheilung, selbst: 1=gleichgültig
2=unerträglich
3=wahrscheinlich damit abfinden
4=nicht wichtig, Hauptsache leben
5=unentschieden
6=störend, unangenehm, enttäuscht
- 53 Einstellung zur Defektheilung, andere: siehe unter 52
- 54 Einstellung zur chronischen Krankheit, selbst: siehe unter 52
- 55 Einstellung zur chronischen Krankheit, andere: siehe unter 52
- 56 Einstellung zur Zahnlosigkeit: 1=unerwünscht
2=gleichgültig
3=unerträglich
4=unvorstellbar
5=noch keine Gedanken gemacht
6=hat eine Prothese und kommt gut damit aus
7=hat eine Prothese und kommt schlecht zurecht
8=man muß sich damit abfinden
- 57 Einstellung zur Prothese: 1=unerwünscht
2=gleichgültig
3=unerträglich
4=damit abfinden
- 58 Vergangene Lebensweise: 1=hat nichts mit der Krankheit zu tun
2=bereut
3=froh, so gelebt zu haben
4=hätte mehr genießen müssen
5=hätte gesunder leben müssen
6=mehr Schwung

- 59 Zukünftige Lebensweise:
1=vollkommene Umstellung
2=gesünder leben
3=mehr Schwung
4=öfter zum Zahnarzt gehen,
sonst keine Veränderung
5=intensiver leben
6=Freude darauf
7=noch keine Gedanken gemacht
8=Einstellung auf die Krankheit
- 60 Krankheits-Ursache-Wissen:
1=ja
2=nein
3=Vermutung
- 61 Seelische Ursachen:
1=ja
2=nein
3=weiß nicht
4=möglich
- 62 Umwelt:
1=nein
2=Unfall
3=Ansteckung
4=Aufregung (Stress)
5=körperliche Überforderung
6=sowohl als auch
7=fraglich
8=keine Gedanken gemacht
- 63 erblich:
1=ja
2=weiß nicht
3=nein
4=fraglich
5=keine Gedanken gemacht

Abb. 2: Wohnsitz der Patienten

(Jeder Punkt entspricht einem Patienten)



2. Geschlechtsverteilung der Patienten

Das Patientengut setzte sich zusammen aus 43 männlichen Personen und 57 weiblichen Personen. Die Geschlechtsverteilung im Land Hessen konnte ich aus dem Statistischen Jahrbuch der Bundesrepublik von 1970 (Stand 31.12.68) ablesen:

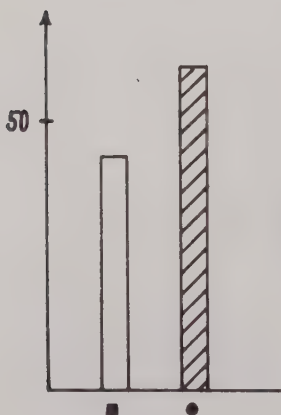
	F	M
Hessen	52,2%	47,8%
Patientengut	57%	43%

Der Vergleich der Daten zeigt, daß in der Bevölkerung Hessens (52,2%) und in unserem Patientengut (57%) der Anteil der Frauen überwiegt.

Abb. 3: Geschlechtsaufteilung des Patientengutes

Abszisse: Geschlecht 1. männlich
 2. weiblich

Ordinate: Prozent



In den folgenden Abbildungen werden männliche Patienten mit ■ und weibliche mit ● bezeichnet.

3. Altersmäßige Zusammensetzung

Die graphische Darstellung der Abb. 4 gibt Aufschluß über die altersmäßige Zusammensetzung der Patienten in Form von Säulen, unterschieden nach Geschlechtern. Bei beiden Geschlechtern finden wir ein eingipfliges Maximum. Es kommt zum Ausdruck, daß die Patienten der Altersgruppen 11-20 Jahren mit 32% und 21-30 Jahren mit 31% den größten Krankenanteil bildeten. In diesem Abschnitt des Lebens (11-30 Jahre) fällt die zweite Dentition, die Pubertät und die "Sturm- und Drangzeit" des Menschen. In der Altersgruppe 11-20 Jahre überwogen die Männer mit 2%, in der Altersgruppe 21-30 Jahre hingegen waren die Frauen um 9% stärker vertreten als die Männer. In der Altersgruppe der 31-40jährigen hatten die Männer einen um 2% höheren Anteil als die Frauen. Es fällt auf, daß mehr Frauen als Männer vom 40. Lebensjahr an in der Zahnklinik behandelt wurden. Über die Hälfte (65%) der Patienten war jünger als 30 Jahre. Das Durchschnitts-

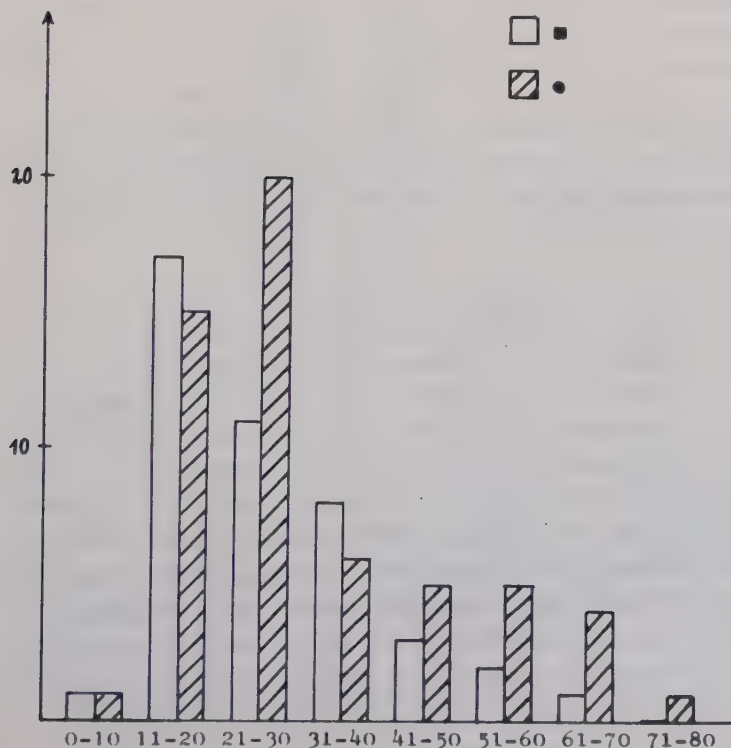
alter der Frauen (31,6 Jahre) lag etwas höher als das der Männer (29,2 Jahre). Wir stellen ein deutliches Zurückbleiben der älteren Jahrgänge gegenüber den jüngeren fest. Im Jugendalter herrschen Zahnschäden und Unfälle vor, genauso wie im frühen Mannesalter (GERFELDT). Dabei darf man nicht vergessen, daß das Alter von 45-55 Jahren charakterisiert wird durch die Erkrankungen der Zähne. Nur handelt es sich dabei meistens um Fälle der Extraktions- und Prothetischen Abteilung, so daß diese Patienten gar nicht in unserem Erfassungskreis auftreten.

Abb. 4: Altersverteilung der erfaßten Patienten

Abszisse: Altersgruppen

Ordinate: Prozentualer Anteil der

Altersgruppen am Patientengut



4. Familienstand

Abbildung 5 und Tabelle 1 veranschaulichen die Verteilung des Familienstandes unter dem Patientengut. Der größte Teil der befragten Personen war ledig (51%), davon waren 26 = 51% Frauen und 25 = 49% Männer. 46% der Patienten waren verheiratet, davon 28 = 60,9% Frauen und 18 = 39,1% Männer. Bei den restlichen 3% handelt es sich um verwitwete Frauen. Die Ledigen sind jüngere Personen; nur zwei von ihnen haben das 30. Lebensjahr überschritten, das sind 3,9%.

Tabelle 1

Patientengut, geordnet nach Familienstand

	gesamt	absolut		prozentual	
		M	F	M	F
ledig	51%	25	26	58,2	45,6
verheiratet	46%	18	28	41,8	49,1
verwitwet	3%	-	3	-	5,3
geschieden	-	-	-	-	-

Im Vergleich dazu führe ich die statistischen Angaben über die Geschlechtsverteilung des Familienstandes in der Bundesrepublik auf, entnommen aus dem Statistischen Jahrbuch der BRD 1970:

Tabelle 2

	M	F
ledig	44,3%	37,3%
verheiratet	52,2%	47,1%
verwitwet	2,4%	13,4%
geschieden	1,0%	2,1%

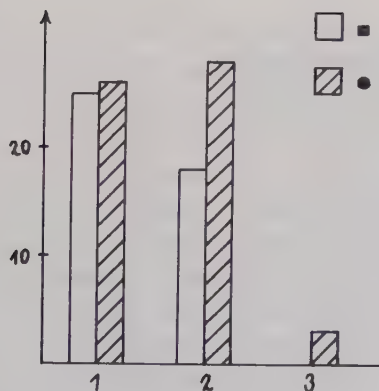
Vergleicht man nun Tabelle 1 und 2, so sieht man, daß in unserem Patientengut mehr Männer ledig waren als Frauen. Genauso verhält es sich in der Bundesrepublik. Anders ist es mit den Verheirateten: In der BRD sind

mehr verheiratete Männer (52,2%) vorhanden als Frauen (47,1%). In meinem Patientengut finden sich mehr verheiratete Frauen (49,1%) als Männer (41,8%). Über die verwitweten und geschiedenen Personen kann ich keine Aussagen machen, da mir hierfür die Werte im Patientengut fehlen.

Abb. 5: Aufteilung der Patienten nach Geschlecht und Familienstand

Abszisse: Familienstand 1. ledig
 2. verheiratet
 3. verwitwet

Ordinate: Anzahl der Patienten



5. Kinderzahl

Die Mehrzahl der Patienten (61) hat keine Kinder. 18 haben eins, 14 zwei, 5 drei und 2 vier bis fünf Kinder. Tabelle 3 gibt die Anzahl der Kinder pro Patient (Männer und Frauen) wieder. Man erkennt, daß die Anzahl der Kinder in gewissem Maße proportional der Anzahl der Patienten ist, d.h. die wenigsten Patienten haben viel Kinder und die meisten keine. Dazwischen liegen Abstufungen. Die graphische Darstellung in Abbildung 6

verdeutlicht dies.

Tabelle 3

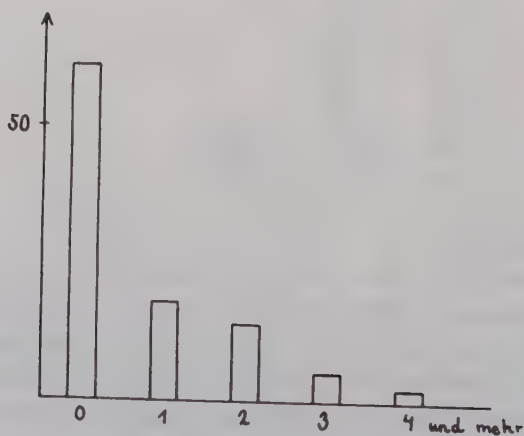
Kinderzahl in Abhängigkeit von der Patientenzahl
(Männer und Frauen)

Kinderzahl	gesamt	%-gesamt	F	M	F %	M %
keins	61	61	35	26	61,40	60,47
eins	18	18	12	6	21,05	13,95
zwei	14	14	7	7	12,28	16,28
drei	5	5	2	3	3,51	6,98
vier-fünf	2	2	1	1	1,75	2,33

Abb. 6: Kinderzahl in Abhängigkeit
von der Patientenzahl

Abszisse: Kinderzahl

Ordinate: Anzahl der Patienten



39 von 49 verheirateten und verwitweten Patienten (79,6%) haben Kinder. Die Durchschnittskinderzahl der verheirateten und verwitweten Personen unseres Untersuchungsgutes beträgt 1,4. Diese geringe Durchschnittszahl wird hervorgerufen durch unsere überwiegend junge Klientel, denn die durchschnittliche Kinderzahl liegt heute bei 2,7 nach FOURASTIE 1966, der von SCHAEFER und BLOHMKE erwähnt wird. Nach PFLANZ nimmt die Kinderzahl ab mit zunehmender Industrialisierung. Dabei gehen die oberen Schichten in der Regel voran, dann folgen die mittleren und zuletzt kommen die untersten Schichten. Heute sind die Differenzen zwischen den Schichten geringer, aber noch vorhanden.

6. Religion

Bei der Auswertung ergab sich, daß 80% der Patienten dem evangelischen Glaubensbekenntnis angehörten, 18% dem katholischen, 1% dem evangelisch-freikirchlichen und ein weiteres Prozent hatte gar keinen Glauben. Abbildung 7 gibt das prozentuale Verhältnis der Konfessionen wieder, aufgeteilt nach Geschlechtern. Um nun behaupten zu können, ob im Durchschnitt mehr Evangelische als Katholische die Zahnklinik aufgesucht haben (denn diese Bekenntnisse sind ja am stärksten vertreten), benötigt man zum Vergleich die prozentuale Verteilung der Religionen in der Bevölkerung des Landes Hessen. Diese kann man aus dem Statistischen Jahrbuch der Bundesrepublik 1970 ermitteln.

Tabelle 4

Religion	Zahnklinik	Hessen	BRD
evangelisch	80%	62,5%	50,5%
katholisch	18%	32,1%	44,1%
freikirchlich	1%	0,9%	0,6%
kein Glaube	1%	2,3%	2,8%

Abb. 7: Prozentualer Anteil der Konfessionen
im Patientengut

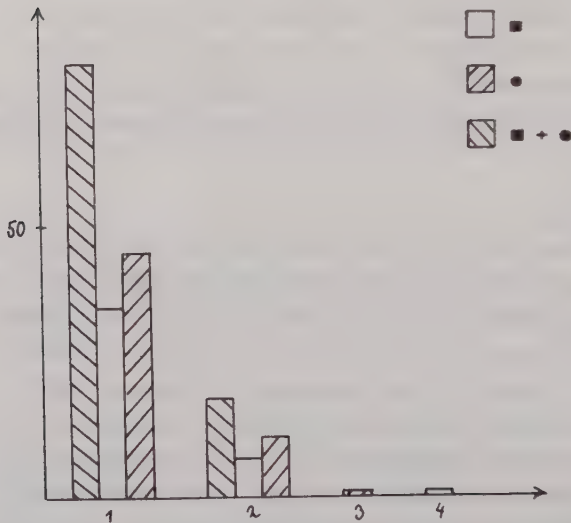
Abszisse: Konfession 1. evangelisch

2. katholisch

3. ev.-freikirchlich

4. kein Glaube

Ordinate: Prozent

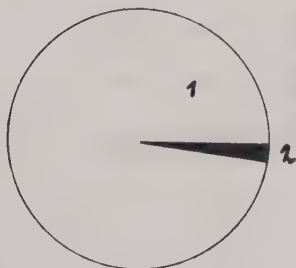


Es zeigt sich also, daß im Schnitt mehr Evangelische als Katholische die Zahnklinik aufgesucht haben.

7. Kostenträger

In der Abbildung 8 ist die prozentuale Verteilung der Kostenträger dargestellt. Pflichtkassenversicherte waren 97% der Patienten, Privatkassenpatienten 3%. Nach SCHAEFER und BLOHMKE sind rund 90% aller Personen in der BRD sozialversichert. ECKNIGK ist der Meinung, daß 88% der Bevölkerung der BRD von der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung betreut werden.

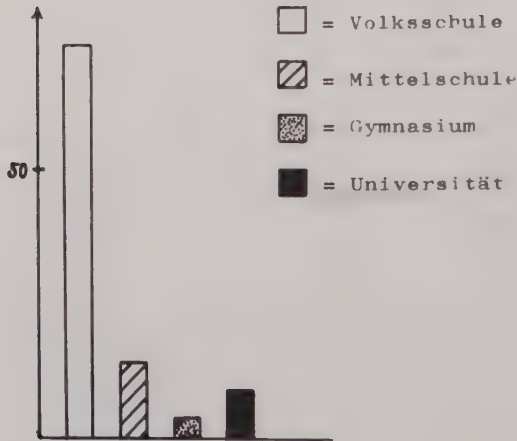
Abb. 8: Prozentuale Verteilung
der Kostenträger
1. Selbstzahler
2. Pflichtkassenpatienten



8. Schulbildung

Bei meiner Befragung ergab sich, daß der größte Teil der Patienten (73) nur die Volksschule besucht hat. Die restlichen Personen sind auf eine weiterführende Schule gegangen. 14 haben den Abschluß der Mittleren Reife, 4 das Abitur und 9 haben eine Universität besucht bzw. besuchen sie noch. Der relativ hohe Anteil an Personen, die die Universität besucht haben, ist dadurch leicht erklärbar, daß Marburg eine Universitätsstadt ist. Abbildung 9 veranschaulicht uns die Klassifizierung der Patienten nach der Schulbildung.

Abb. 9: Klassifizierung der Patienten
nach der Schulbildung
Abszisse: Schulbildung
Ordinate: Prozent



9. Beruf

Die Aufgliederung der Berufe in verschiedene Gruppen lehnt sich an die vom Arbeitskreis OEPEN und Mitarbeiter benutzte Einteilung. Die Berufe sind in 10 verschiedene Gruppen eingeteilt. Untersucht man deren Häufigkeit, so gibt sich das in Abbildung 10 dargestellte Bild. Dabei fallen unter Berufsgruppe

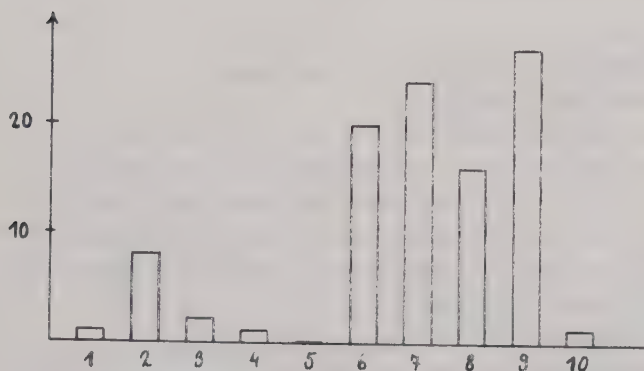
1. ungelernte Arbeiter (Hilfsarbeiter)
2. angelernte Arbeiter
3. Vertreter und Landwirte
4. höhere Beamte, Akademiker
5. Fabrikanten, Großkaufleute, Gastwirte
6. Schüler, Studenten, Lehrlinge
7. mittlere Beamte, Angestellte
8. Handwerker
9. Hausfrauen
10. Rentner

Abb. 10: Klassifizierung der Patienten

nach der Berufsgruppe

Abszisse: Berufsgruppen

Ordinate: Prozentualer Anteil der Berufsgruppen am Patientengut



Diese Aufstellung lieferte einige bemerkenswerte Ergebnisse. Einmal ist der hohe Anteil der Hausfrauen auffällig mit 27%, was bedeutet, daß 47,4% aller weiblichen Patienten im eigenen Haushalt tätig waren, 35,1% einen Beruf ausübten und 17,5% sich noch in der Ausbildung befanden. Zweitens finden wir eine hohe Beteiligung der Gruppe mit mittleren Beamten und Angestellten am Gesamtgut mit 24%. Der Prozentsatz (20%) an Schülern, Studenten und Lehrlingen ist auch relativ hoch. Am meisten erstaunt, daß der Prozentsatz (2%) der Landwirte so niedrig ist, wenn man das vorwiegend landwirtschaftlich orientierte Einzugsgebiet der Marburger Zahnklinik in Betracht zieht. Der Anteil aller Arbeiter am Patientengut macht 9% aus. 1% wird von Rentnern gestellt. Wir sehen, daß die Arbeiter (9%) und Landwirte (2%) einen relativ geringen Anteil am Gesamtpatientengut haben. PFLANZ erwähnt KOOS/USA, nach dem bei

sämtlichen Beschwerdearten in den Unterschichten eine geringe Tendenz besteht, den Arzt aufzusuchen. Es ist erwiesen, daß Frauen ärmerer Schichten sehr viel später in die ärztliche Praxis kommen als die höherer Schichten (PFLANZ).

B. Ergebnisse, die sich auf die Krankheit der Patienten beziehen

Bis jetzt gibt es weder eine klare, befriedigende Definition des Gesundheitsbegriffes noch des Krankheitsbegriffes. Im allgemeinen versteht man unter Gesundheit nur ein Freisein von anatomisch nachweisbaren Schäden. Der Gesundheitsbegriff ist nicht nur rein medizinisch zu klären, sondern wird auch von soziologischen Faktoren bestimmt. Die Formel der Weltgesundheitsorganisation lautet: "Gesundheit ist ein Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens" (PFLANZ). In der Zahnheilkunde hat das Zahnheilkundegesetz vom 31.3.52 eine genaue gesetzliche Definition der Zahnkrankheit festgelegt. Der Paragraph 1 des Zahnheilkundegesetzes vom 31.3.52 definiert eine Krankheit folgendermaßen: "Krankheit ist jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens der Zähne" (CAESAR, SCHILD). In der Zahnklinik untersuchte ich stationär-aufgenommene Patienten und ambulant-behandelte Personen. Auf der Bettenstation der Zahnklinik lagen Patienten mit folgenden Erkrankungen:

	% des gesamt. Patientenguts	% der stationär behd. Pat.
1. Kieferbruch	22	35,7
2. Abszeß	9	16,1
3. Osteomyelitis	8	14,3
4. Cysten	6	10,7
5. Retinierte Zähne	4	7,1
6. Tumor	2	3,5
7. Odontoid	1	1,8
8. Ulcus am Gaumen	1	1,8
9. chron.gran.Periodontitis	1	1,8
10. Speichelstein	1	1,8
11. Thrombose/Marcumar-Pat.	1	1,8

Bei den ambulanten Fällen handelt es sich um:

	% des gesamt. Patientenguts	% der ambul. behd. Pat.
12. Parodontopathien, Stomatitiden	18	40,9
13. Kiefergelenkserkrankungen	14	31,8
14. Amelogenesis imperfecta	5	11,4
15. Stellungsanomalien	5	11,4
16. Exostose	1	2,3
17. Pseudarthrose	1	2,3

1. Kieferbruch

Man unterscheidet verschiedene Formen von Kieferfrakturen. Es gibt isolierte Mittelgesichtsfrakturen, isolierte Unterkieferfrakturen und Frakturen des Mittelgesichtes kombiniert mit Unterkieferfrakturen. Die Tabelle 5 zeigt, in welchem prozentualen Verhältnis die einzelnen Frakturen in dem Patientengut mit Kieferbrüchen stehen. In der Tabelle 5 habe ich zum Vergleich die Werte, die W. MÜLLER in seinen Untersuchungen gewonnen hat, danebengestellt. Sie stimmen im großen und ganzen überein mit unseren Werten, wenn man bedenkt, daß wir nur eine geringe Zahl von Patienten untersucht haben. In Übereinstimmung mit W. MÜLLER betrug bei uns

das Verhältnis Mittelgesichtsfrakturen zu den Unterkieferfrakturen ca. 1:3 (bei uns 1:2,5).

Tabelle 5

Spalte 1: Absolute Zahlen aus meinem Patientengut

Spalte 2: Prozentuale Verteilung der Frakturen aus meinem Patientengut

Spalte 3: Prozentuale Verteilung der Frakturen nach einer Untersuchung von W. MÜLLER

	1	2	3
Isolierte Mittelgesichtsfraktur	3	14,3	15,4
Frakturen des Mittelgesichts kombiniert mit Unterkieferfrakt.	3	14,3	8,8
Summe der Mittelgesichtsfrakt.	6	28,6	24,2
Isolierte Unterkieferfrakturen	15	71,4	75,8
	21	100,0	100,0

In Tabelle 5 und in Tabelle 6 wurde die iatrogen bedingte Tuberfraktur nicht berücksichtigt.

Bei der Untersuchung der Ursachen, die zu Kieferfrakturen führen, lag bei unserem Patientengut der Verkehrsunfall an erster Stelle mit 71,4%, gefolgt vom Faustschlag (19,1%) und dem Sportunfall (9,5%). In Tabelle 6 habe ich unsere Werte verglichen mit denen von W. MÜLLER und W. MEYER.

Tabelle 6

Spalte 1: Prozentuale Verteilung der Ursachen einer Kieferfraktur bei meinem Patientengut

Spalte 2: Prozentuale Verteilung der Ursachen einer Kieferfraktur nach Untersuchungen von W. MÜLLER

Spalte 3: Prozentuale Verteilung der Ursachen einer Kieferfraktur nach W. MEYER

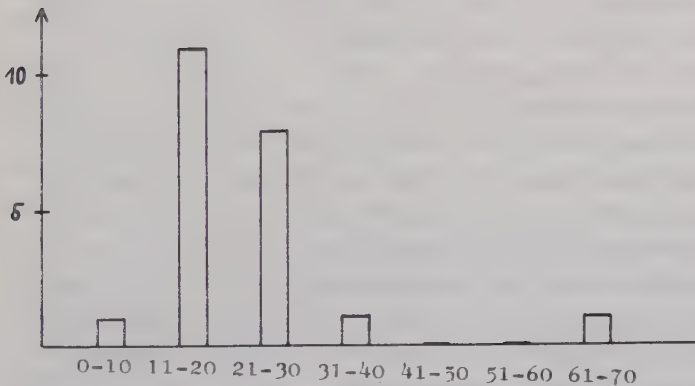
Ursachen	1	2	3
Faustschlag	19,1	28,7	20
Verkehrsunfall	71,4	28,0	40
Betriebsunfall	-	21,2	20
Fall	-	11,3	10
Sportunfall	9,5	7,0	6

Interessant ist auch die Altersverteilung der Gesichtsschädelfrakturen, wie aus dem Säulendiagramm in Abbildung 11 zu erkennen ist. Die meisten Frakturen treten im Alter von 11-20 Jahren und 21-30 Jahren auf.

Abb. 11: Altersmäßige Verteilung der Frakturen

Abszisse: Altersgruppen

Ordinate: Anzahl der Patienten
mit Frakturen



Das Durchschnittsalter unserer Patienten mit Kieferbrüchen betrug 23,3 Jahre (F=26,4 Jahre, M=20,1 Jahre). Die weiblichen Patienten sind an der Erkrankung mit 36,4% vertreten.

2. Abszeß

Der Ausgangsort für die Ausbreitung eines pyogenen Infektes im Bereich des Zahn-, Mund- und Kiefersystems ist der apikale Infekt eines Zahnes. In unserem Patientengut hatten 9 Patienten einen Abszeß. Nur drei davon waren Frauen. In allen Fällen ging der Abszeß von einem durch Karies zerstörten Zahn aus,

d.h., daß aus mangelnder Pflege und Kontrolle der Zähne diese Erkrankung entstanden ist. Das Durchschnittsalter dieser Patienten lag bei 24,9 Jahren.

3. Osteomyelitis

In unserem Patientengut befanden sich 8 Patienten mit einer Osteomyelitis des Unterkiefers. HARNISCH, GABKA und BRAUN erwähnen die Untersuchungen von UNVERDROSS an 398 stationären Osteomyelitisfällen, die im Rudolf-Virchow-Krankenhaus in Berlin von 1933-1964 zur Beobachtung kamen. Sie zeigen, daß das Krankheitsbild dieser Erkrankung seit Einführung der Antibiotika nicht mehr hoch akut ist. Seit dieser Zeit ist die Zahl der Osteomyelitisfälle zurückgegangen, und die durchschnittliche Liegedauer der betroffenen Patienten hat sich verkürzt. Unter Antibiotikenschutz treten offenbar seltener Sequester auf. Außerdem ist die Sequestrierung zurückgegangen, d.h. die gefundenen Sequester sind im Durchschnitt wesentlich kleiner. Von Beginn der Erkrankung bis zur endgültigen Sequesterabstoßung und Heilung dauert es im Durchschnitt 9 - 12 Monate. Unsere Patienten, die an der Osteomyelitis erkrankt und stationär in der Marburger Zahnklinik aufgenommen waren, litten im Durchschnitt schon 2 bis 3 Monate an dieser Krankheit. Das Durchschnittsalter dieser Patienten lag bei 38,4 Jahren. HARNISCH hat seit Einführung der Antibiotika bis 1964 keinen Todesfall mehr bei einer Osteomyelitis in seiner Klinik beobachtet, während in den Jahren 1933-1948 dort noch 12 Patienten ad exitum kamen.

4. Zysten

Kieferzysten werden durch verschiedene Ursachen hervorgerufen, je nachdem, ob es sich um radikuläre oder follikuläre Zysten handelt. Die radikulären Zysten gehen stets von einem pulpatoten Zahn aus mit einem

"ausbalancierten Granulom" (HEUSER) an der Wurzelspitze, während die follikulären ihren Ursprung von der Krone eines retinierten Zahnes nehmen. In beiden Fällen entsteht ein Hohlraum, der epithelisiert ist und eine seröse Flüssigkeit enthält. Durch das langsame Wachstum der Zysten treten kaum Schmerzen auf; nur Hyp- und Anaesthesien der Unterkieferlippenhälfte bei Unterkieferzysten können vorkommen. Über die Erbllichkeit von Zysten gibt es nur wenige Angaben in der Fachliteratur. BECKER erwähnt die im folgenden Abschnitt aufgeführten Autoren, die Fälle von erblich bedingten Zysten untersucht haben. THOMA und BLUMENTHAL (1946) berichten von drei Generationen einer Familie, in denen Sippenangehörige follikuläre Zysten hatten. Die Berichte lassen vermuten, daß sich die Krankheit in diesem Fall in der Regel dominant vererbt. Auch für radikuläre Zysten scheint eine gewisse Disposition vorzukommen, wie gelegentliche Beobachtungen über gehäuftes Vorkommen beim selben Patienten zeigen. HONEGGER (1938) hat 17 eigene Fälle beschrieben. Ob diese individuelle Disposition zur multiplen Zystenbildung erbbedingt ist, steht nicht fest, ist jedoch nicht ausgeschlossen, zumal das Epithel beider Zystenarten gleichen Ursprungs ist: WASSMUND (1935) hat multiple follikuläre und radikuläre Zysten nebeneinander bei zwei Schwestern gesehen.

In unserem Patientengut befanden sich insgesamt 6 Patienten mit Zysten; davon waren 5 radikulär bedingt im Oberkiefer entstanden und nur eine follikulär im Unterkiefer. 2/3 der Patienten waren Frauen. Bei keinem dieser Personen war die Zyste vermutlich erblich bedingt entstanden, denn die Erkrankten kannten aus ihrer Familie niemanden, der ebenfalls einmal mit einer Zyste behaftet war.

5. Retinierte Zähne

Unter der Retention eines Zahnes verstehen wir sein völliges Verbleiben im Kiefer über die normale Durchbruchzeit hinaus. Als Ursache für eine Retention gibt es verschiedene Möglichkeiten: Platzmangel, Odontoide, Zahnkeimverlagerungen, Trauma und Störungen in der Entwicklungsperiode (HEUSER).

In der Zahnklinik waren 4 Patienten stationär aufgenommen worden zur Entfernung der retinierten Zähne. In drei Fällen handelte es sich um retinierte obere Eckzähne, in dem anderen Fall um einen retinierten Eckzahn im Unterkiefer. Das Durchschnittsalter der Patienten mit dieser Erkrankung lag bei 34,9 Jahren. Oft werden diese retinierten Zähne durch Zufall entdeckt. Der Patient ist sich in den meisten Fällen nicht bewußt, daß während der 2. Dentition nicht alle bleibenden Zähne durchgebrochen sind. Das ist manchmal bedingt durch die Persistenz der Milchzähne an der Stelle, wo der eigentliche bleibende Zahn hätte durchbrechen müssen. BECKER führt folgende Autoren auf, die der Auffassung sind, daß retinierte Eckzähne bevorzugt beim weiblichen Geschlecht auftreten. In einer von FREY erforschten Sippe waren 5 von 6 Behafteten Frauen. Auch ROHRER (1928) hat bei einer statistischen Untersuchung (300 Patienten) Eckzahnretention zweieinhalbmal häufiger bei Frauen als bei Männern gefunden. FREY vermutet deshalb (unvollständige) Geschlechtsbegrenztheit der Anomalie; sie komme möglicherweise durch hormonelle Einwirkungen zustande. Bei Schuluntersuchungen wiesen jedoch mehr Knaben (5,2%) verlagerte obere Eckzähne auf als Mädchen (4,1%). Es besteht vermutlich kein signifikanter Geschlechtsunterschied in bezug auf Eckzahndystopie; Mädchen und Frauen lassen sich aus ästhetischen Gründen nur häufiger behandeln.

Auch bei unseren Untersuchungen traten keine Geschlechtsunterschiede auf. Das Verhältnis von Männern zu Frauen war 1:1. In keinem der Fälle war die Erkrankung nachweislich genetisch bedingt. Es gibt aber Beobachtungen über gehäuftes Vorkommen der Eckzahnretention in bestimmten Familien, die bei der relativen Seltenheit dieser Anomalie für Erbbedingtheit sprechen. BECKER führt für diese Auffassung folgende Autoren auf: LEWY 1907, ADLOFF 1910, SCHIEFER 1922, MARKS 1923, KOCH 1923, KADNER 1929, GUMMERSHEIMER 1929, WALLISCH 1931, WEISSBLATT 1932, SCHWEIZER 1934, KING 1934, FALKNER VON SONNENBURG 1935, FREY 1950, KOKOSCHKA 1951, VOLLRATH 1954, LESLIE 1955, BYLOFF-CLAR 1958, TRAUNER, BYLOFF-CLAR und Mitarb. 1961.

6. Tumoren

Da der größte Teil der Patienten mit Tumoren im Kieferbereich in der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik der Philipps-Universität operiert wird, konnte ich in der Zahnklinik nur 2 Patienten befragen, die in der Mundhöhle einen Tumor aufwiesen. Es waren zwei Frauen im Alter von 66 und 67 Jahren. Die eine Patientin war vor 6 Jahren an einem Zylindrom (epithelialer semimaligner Tumor) im rechten Oberkiefer erkrankt. Man hatte ihr damals deswegen den rechten oberen Kiefer reseziert. Jetzt kam sie wieder, da ein Rezidiv aufgetreten war. Die zweite Patientin hat seit 3 Jahren ein Lappenfibrom in der Umschlagsfalte des Oberkiefers. Aber erst jetzt kam sie zur Entfernung dieses Tumors in die Zahnklinik. Das Lappenfibrom wird ausgelöst durch ein Trauma eines insuffizienten Zahnersatzes. Durch den Reiz der mangelnden Funktion des Zahnersatzes kommt es zu einer Proliferation der Schleimhaut, die sich in Form ausgedehnter lappiger Fibrome zeigt (HARNISCH, GABKA, BRAUN).

7. Odontoid

HEUSER bezeichnet überzählige zahnähnliche Gebilde in ihrer Gesamtheit als Odontoide, die weder in der Größe noch in der Form einem normalen Zahn entsprechen. An Hand einer Untersuchung von ILSE HENNIS an der Marburger Zahnklinik an 1400 Kindern hat man bei 98 Probanden (7%) eine Zahnüberzahl beobachtet. Aber nur in 5 Fällen von Zahnüberzahl war ein familiäres Auftreten nachzuweisen. Man kann also Vererbungsfaktoren in Zusammenhang mit Odontoiden nicht ganz außer acht lassen. Bei der von HEUSER erwähnten Untersuchung von ILSE HENNIS ließ sich nicht entscheiden, ob es sich um einen unregelmäßig dominanten oder rezessiven Erbgang handelte. Die 59jährige Patientin, die ich untersucht habe und die wegen der Entfernung eines Odontoids in der Zahnklinik lag, konnte keine Angaben machen, ob diese Zahnüberzahl schon einmal in ihrer Familie aufgetreten ist.

8. Ulcus am Gaumen

Ein 48jähriger Krankenpfleger wurde mit einem Ulcus in der Medianlinie des Gaumens in die Zahnklinik überwiesen. Er war noch kein Prothesenträger. Syphilis und Tuberkulose wurden als Ursache des Ulcus durch Untersuchungen ausgeschlossen. Der Patient erzählte, daß dasselbe schon einmal vor 6-7 Jahren aufgetreten sei, und zwar nach einem Zahnarztbesuch. Begleitet wird der Ulcus stets von Schmerzen im Ober- und Unterkiefer.

9. Chronisch granulierende Periodontitis nach PARTSCH

Der Verlauf dieser Erkrankung ist fast völlig beschwerdefrei. Die Erkrankung nimmt ihren Ausgang von einem pulpatoten Zahn. Wir hatten eine 78jährige Patientin mit dieser Krankheit in unserem Patientengut.

10. Sialolithiasis

Speichelsteine finden wir am häufigsten im Ausführungsgang der Glandula submandibularis. Sie entstehen durch schalenförmige Umlagerung von Kalkniederschlägen an Kristallisationspunkten (denaturalisiertes Eiweiß). Einem 43jährigen Patienten wurde solch ein Stein in der Marburger Zahnklinik entfernt. Er hatte diese Operation ein halbes Jahr lang hinausgezögert.

11. Thrombose-Marcumar-Patient

Patienten, die regelmäßig infolge von Herz- und Kreislauferkrankungen ein blutgerinnungshemmendes Medikament (z.B. Marcumar) einnehmen müssen, werden wegen der zu erwartenden starken Blutungen zur Extraktion von Zähnen in die Zahnklinik überwiesen. So auch unsere 51jährige Patientin, der man im Ober- und Unterkiefer die restlichen Zähne extrahiert hat.

12. Parodontopathien

Parodontopathien sind Krankheiten, die die Zahnstützgewebe angreifen. Die klinischen Symptome der marginalen Parodontopathien sind neben der Gingivitis und Vertiefung der Zahnfleischtaschen in den späteren Stadien Zahnlockerung und Zahnwanderung. In unserem Patienten-gut befanden sich 18 Patienten, die an einer marginalen Parodontopathie erkrankt waren. Nach der ARPA-Nomenklatur unterscheiden wir verschiedene marginale Parodontopathien morphologisch (HEUSER). 15 Patienten litten an einer Parodontopathia inflammata superficialis, das sind entzündliche Erkrankungen des Zahnfleisches (2 Gingivitis inflammata, 7 Gingivitis ulcerosa, 3 Gingivitis gravidarum, 3 Gingivitis hypertrophicans). Nur drei Patienten waren an einer Parodontopathia marginalis mixta erkrankt.

Die Entstehungsursache einer Parodontopathie kann vielseitig sein. Die Disposition kann durch generelle

endogene Faktoren bedingt sein wie erbliche Momente, Hypovitaminosen (z.B. Vitamin C-Mangel), Hormonstörungen (Diabetes, Schwangerschaft) und von Krankheiten, die die Gewebsgeneration und Gewebsreparation in den Parodontien herabsetzen und ihre Widerstandsfähigkeit mindern. Mit einer endogenen lokalen Disposition muß man auch rechnen, die auf bestimmten Verhältnissen im Parodontium selbst beruht. Die lokale endogene Disposition kann erblich sein oder sie wird durch Gewebsumbau erworben. Aber auch exogene Dispositionsfaktoren tragen zur Entstehung einer Parodontopathie bei. Zur Entwicklung von Infektionen, die das Parodontium angreifen, trägt in erster Linie die gingivale Retention von Speiseresten bei, in denen die Mikroben gute Wachstumsverhältnisse finden. Darum sind Zahnfleischentzündungen sehr häufig dort zu finden, wo Zahnfleischtaschen, Zahnbelag und Zahnstein, gingivale Kavitäten, mangelnde Kontaktpunkte, Überhang von Füllungen, fehlerhaft konstruierte zahnärztliche Arbeiten zu Retention von Speiseresten führen. Wie ich eben beschrieben habe, spielt die erbliche Disposition auch eine Rolle bei der Entstehung einer Parodontopathie. In der Literatur gibt es Angaben darüber, daß zumindest die Gingivitis hyperplastica erblich bedingt sein kann und bei der Parodontopathia dystrophica, der Parodontose im engeren Sinn, eine erbliche Disposition vorliegt. Nach BECKER dürfte die erste Beschreibung einer sippenmäßigen Häufung der Gingivitis hyperplastica von NASSE (1895) stammen; die umfangreichsten Beobachtungen aber verdanken wir WESKI (1920). Bei einer Familie hat WESKI alle Angehörigen der 3., 4. und 5. Generation selber untersucht, in der diese Erkrankung auftrat. Das Merkmal wird hier durch ein autosomales Gen mit regelmäßiger Penetranz und geringgradigen Schwankungen im Äußerungsgrad verursacht. BECKER führt die Autoren RAYNAL 1909,

SCHIELE 1922, HOWARD 1923, RUGGLES 1924, SARVAL 1927, RUTHERFURD 1931, MIROLI 1934, WASSMUND 1935, STEIDLE 1936, BUCHNER 1937, MILLER 1947, GARN und HATCH 1950, HOCHREITER 1958, MCINDOE und SMITH 1958 und BIBERMAN 1960 an, deren Beobachtungen das bestätigt haben. Ebenfalls erwähnt BECKER die Untersuchungsergebnisse an Mäusestämmen von BAER und LIEBERMAN 1959, die die Annahme einer von Erbfaktoren abhängigen variablen Parodontoseanfälligkeit auch beim Menschen unterstützen.

13. Kiefergelenkserkrankungen

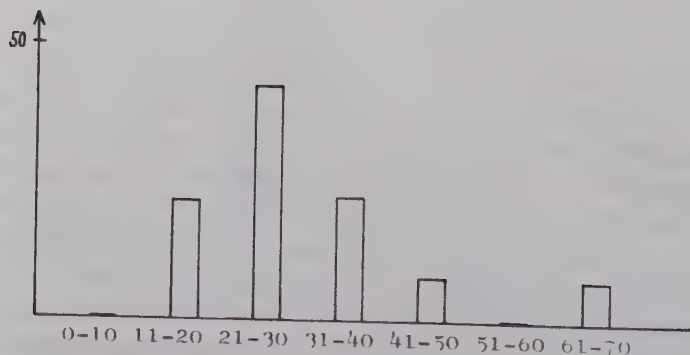
Nach HARNISCH, GABKA und BRAUN trennt STEINHARDT die Kiefergelenkserkrankungen in organische und funktionelle Inkoordinationen. Bei den organischen liegen pathologisch-anatomische Veränderungen an den Gelenken vor, die sekundäre Funktionsstörungen zur Folge haben können. Die funktionellen Inkoordinationen sind auf Störungen der Kieferfunktion verschiedener Ursache zurückzuführen (Habits und Okklusions- und Artikulationsstörung). Die Symptome sind Gelenkknacken, Subluxation und Seitabweichungen mit Muskelspasmen und Bewegungseinschränkungen.

In unserem Patientengut befanden sich 14 Patienten mit einer deformierenden Arthropathie, d.h. einer nichtentzündlichen Kiefergelenkserkrankung, die ambulant behandelt wurde. Auffällig war, daß es sich dabei vorwiegend um Frauen handelte. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 25,8 Jahre. Die Ursachen, die zu dieser Erkrankung führten, waren in 2 Fällen der schlechte Sitz der Prothese; in 5 Fällen ist sie entstanden durch mechanische Irritationen, wie Pressen und Knirschen. In 7 Fällen ist die Ursache unbekannt.

Auffällig ist, daß von unserem Untersuchungsgut 92,86%

der Patienten mit dieser Krankheit Frauen waren. In Untersuchungen von E. ROBINSKY wurde ebenfalls festgestellt, daß zu 70% Frauen mit Kiefergelenksbeschwerden betroffen werden. Auch die Untersuchung von F. ANETSBERGER weist darauf hin, daß die Frauen in der Klientel kiefergelenkserkrankter Patienten überwiegen. In seinem Untersuchungsgut waren 88% weiblichen Geschlechts. Bei anderen Autoren, die ANETSBERGER nennt, sind es 72% (FUCHS 1971) und 83% (FRÖHLICH 1967). E. ROBINSKY führt HARRY, Rumänien, an, der bei Untersuchungen der Korrelation zwischen gewissen hormonalen Störungen und chronischen Kiefergelenksbeschwerden einen direkten Zusammenhag zwischen beiden Komplexen festgestellt hat. Abbildung 12 gibt Auskunft über die Altersverteilung der Patienten.

Abb. 12: Altersverteilung der Patienten
mit Kiefergelenkserkrankungen
Abszisse: Altersgruppen
Ordinate: Prozent



Entgegen der Feststellung von F. ANETSBERGER läßt sich in unserer Untersuchung eine Alterspräferenz ablesen, und zwar sind Patienten im Alter von 21-30 Jahren am häufigsten betroffen.

14. Amelogenesis imperfecta

Die Amelogenesis imperfecta ist eine Erkrankung der Zähne, die vererbbar ist. Es handelt sich um eine Schmelzhypoplasie. Die Ursache ist in dem zugrunde liegenden pathogenen Gen zu suchen. Es gibt nur wenige Sippen, die mit dieser genetisch bedingten Erkrankung behaftet sind. MEYER berichtet, daß es verschiedene genische Arten von Schmelzhypoplasien gibt. Er hat 6 Sippen erforscht, bei denen sich das pathogene Gen unvollständig dominant geschlechtsgebunden (X-chromosomal) verhält. Entscheidend für diese Diagnose ist die Tatsache, daß behaftete Frauen die Anomalie auf Söhne und Töchter mit der Wahrscheinlichkeit $1/2$ übertragen, daß dagegen behaftete Männer die Anomalie immer auf alle Töchter, niemals aber auf einen Sohn vererben, denn die Söhne erhalten ihr X-Chromosom und damit das kranke Gen nur von der Mutter. Von besonderem Interesse ist das Vorkommen des offenen Bisses bei drei der sechs erforschten Sippen. Eine sicher geschlechtsgebundene (X-chromosomale) Schmelzhypoplasie war bisher nicht bekannt. Einige veröffentlichte Publikationen von BAMPTON, HIRSEKORN und TEBO, die BECKER erwähnt, weisen auf die Möglichkeit eines dominant geschlechtsgebundenen Erbgangs hin. Sehr zahlreich sind Publikationen über erbliche Schmelzhypoplasien, die durch ein autosomales pathogenes Gen bedingt sind. Hier soll es neben dominanten, unregelmäßig dominanten vermutlich auch rezessive Erbgänge geben.

Von den Patienten, die ich untersucht habe, waren 5 Personen mit einer Schmelzhypoplasie behaftet. Es

handelte sich um 4 weibliche und einen männlichen Patienten. Jeweils drei Personen und zwei Personen entstammten einer Familie. In der einen Familie vererbte der Großvater die Anomalie auf seinen Sohn und dieser wiederum auf seine zwei Töchter. Die Anomalie muß also durch ein autosomales pathogenes Gen übertragen werden. Ebenso ist es in der zweiten Familie, die ich untersucht habe. Hier übertrug der Großvater die Erkrankung auf den Sohn und dieser wiederum auf seine Tochter.

Abb. 13: Erbgang in der ersten Familie



Abb. 14: Erbgang in der zweiten Familie



Nach BECKER publizierte SCHERRET 1958 einen Fall hochgradigen Schmelzmangels bei Vater und Sohn, ebenso wie es in unseren Familien der Fall ist. Auch hier schließt die Übertragung von Vater auf den Sohn einen geschlechtsgebundenen Erbgang aus.

15. Stellungsanomalien der Zähne

Nach dem Zahnheilkundegesetz (siehe Kapitel III.B.) werden auch die Stellungsanomalien als Krankheit bezeichnet. Es sind Unregelmäßigkeiten des Gebisses, die vom Zustand der Egnathie, dem vollendeten fehlerfreien Bild eines "kaufunktionellen und kosmetischen Optimum" (ANDRESEN) der Zahnreihen des Milch-, Wechsel- oder bleibenden Gebisses abweichen (HARNISCH, GABKA, BRAUN). In vielen Fällen der Stellungsanomalien handelt es sich um ererbte Gebißunregelmäßigkeiten (etwa

15%). Erblisch bedingte Dysgnathien sind echte Progenie, Deckbiß, genuiner Distalbiß, echte Prognathie, echtes Diastema und manche Disharmonien zwischen Zahn- und Kiefergröße sowie frontaler Engstand, Kreuzbiß und offener Biß in einigen Fällen.

Die 5 Patientinnen aus meinem Patientengut, die ambulant in der Kieferorthopädischen Abteilung der Zahnklinik behandelt wurden, gaben an, daß ihre Anomalien wahrscheinlich erblich bedingt seien. Sie wußten, daß zumindest ein Elternteil dieselbe Zahnstellung hat bzw. gehabt hat. In einigen Fällen waren die Geschwister auch von derselben Stellungsanomalie betroffen.

16. Kieferexostose

Bei der Kieferexostose handelt es sich um eine tumorartige Wucherung von Knochengewebe. Sie zeigt nur geringe Wachstumstendenz und tritt manchmal auch angeboren am Ober- oder Unterkieferalveolarfortsatz auf (HEUSER). Bei unserem 23jährigen Patienten trat diese Wucherung innerhalb eines Monats auf. Wegen dieser asymmetrischen Veränderung am Unterkiefer suchte er die Zahnklinik auf.

17. Pseudarthrose

Vor ungefähr zwei Jahren zog sich die 22jährige Patientin einen Unterkieferbruch durch einen Faustschlag zu. Seitdem ist der Kaumechanismus gestört. Zwischen den Fragmenten des Kiefers ist eine abnorme Beweglichkeit feststellbar. Hervorgerufen wurde die Pseudarthrose in diesem Fall durch dauernde mechanische Irritationen.

C. Ergebnisse der Umfrage

1. Beziehungen zwischen Krankheit und Beruf

1.1. Krankheit und Beruf

Tabelle 7 gibt uns die Beziehung zwischen Krankheit und Beruf bei den Patienten wieder. Mittlere Beamte und Angestellte waren bei den Kieferfrakturen mit 5 = 22,7%, bei den Kiefergelenkserkrankungen mit 5 = 35,7% und bei den Abszessen mit 4 = 44,4% vertreten. Ein Drittel der Patienten mit Zysten (2) und Parodontopathien (6) wurde von Hausfrauen gestellt. Sie machten auch einen nicht unerheblichen Anteil bei den Kiefergelenkserkrankungen (5 = 35,7%) aus. Zu 4 = 18,2% beteiligten sie sich an den Kieferfrakturen. In dieser Krankheitsgruppe fanden wir 6 = 27,3% Handwerker. Diese Berufsgruppe stellte auch einen hohen Anteil 3 = 33,3% der Patienten mit Abszessen. Schüler, Studenten und Lehrlinge waren allein bei den Parodontopathien 5 = 27,8% stark vertreten.

1.2. Befriedigung im Beruf

Was verstehen wir unter der Befriedigung im Beruf? Es handelt sich dabei um die Einstellung der Menschen zu ihrer Tätigkeit. Wir stellen Unterschiede in der Freude, mit der man seine Arbeit verrichtet, fest. Einige Patienten führen ihre Tätigkeit nur ungern aus. Sie hängen in keiner Weise an ihrer Arbeit, ihnen macht das Arbeiten keinen Spaß. Der einzige Sinn liegt für sie im Gelderwerb. Andererseits gibt es viele Patienten, die ihren Beruf mit Lust und Liebe ausüben, die an ihrer Arbeit hängen und oft Erfüllung darin finden. SCHAEFER und BLOHMKE erwähnen v. FERBER 1959, der gesagt hat, daß in der modernen Welt die Berufswahl immer weniger frei wird und mit dem drohenden Ende des freien Handwerks sie maximal eingeengt wird. In einer Befragung gaben 98% Jugendliche an, die Freude am Beruf scheine ihnen als das Wichtigste für ein glückliches Leben (SCHAEFER/BLOHMKE). Gerade das aber ist eine von

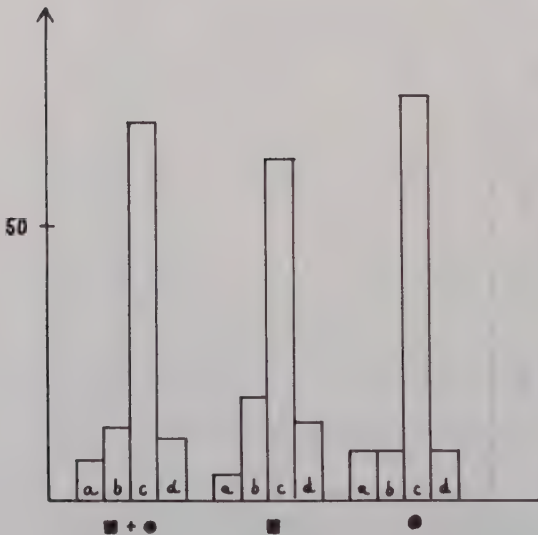
Tabelle 7
Krankheit in Abhängigkeit vom Beruf in %

Beruf	gesamt	Frak- tur	Abszeß	Osteo- myel.	Zysten	Paro- donto- path.	Kiefer- gel. Erkr.	Ame- logen.	Stel- lungs- anom.	Ret. Zähne
1 Ungel. Arbeiter	1	-	11,1	-	-	-	-	-	-	-
2 Angel. Arbeiter	8	9,1	-	12,5	16,7	5,5	-	20	-	25
3 Vertreter, Landwirt	2	9,1	-	-	-	-	-	-	-	-
4 Akademiker	1	-	-	-	-	-	7,2	-	-	-
5 Gastwirt, Fabrikant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 Schüler, Studen- ten, Lehrlinge	20	13,6	-	-	16,7	27,8	21,4	60	60	25
7 mittl. Beamte, Angestellte	24	22,7	44,4	25	16,7	16,7	35,7	-	40	-
8 Handwerker	16	27,3	33,3	25	16,7	16,7	-	20	-	-
9 Hausfrauen	27	18,2	11,1	25	33,3	33,3	35,7	-	-	50
10 Rentner	1	-	-	12,5	-	-	-	-	-	-

Jahr zu Jahr für die Mehrzahl der Menschen unerfüllbare Forderung. Wir brauchen dabei nur an den Numerus clausus der Universitäten zu denken.

Bei der Umfrage ergab sich, daß 7 Patienten ihrer Arbeit ungern nachgingen, 13 den Beruf nur ausübten, um Geld zu verdienen. Der größte Teil der Patienten (69) übte seinen Beruf gern aus. Sogar 11 fanden Erfüllung in ihrer Tätigkeit (Abb. 15).

Abb. 15: Abhängigkeit der Befriedigung im Beruf vom Geschlecht
Abszisse: Geschlecht
Ordinate: Prozent



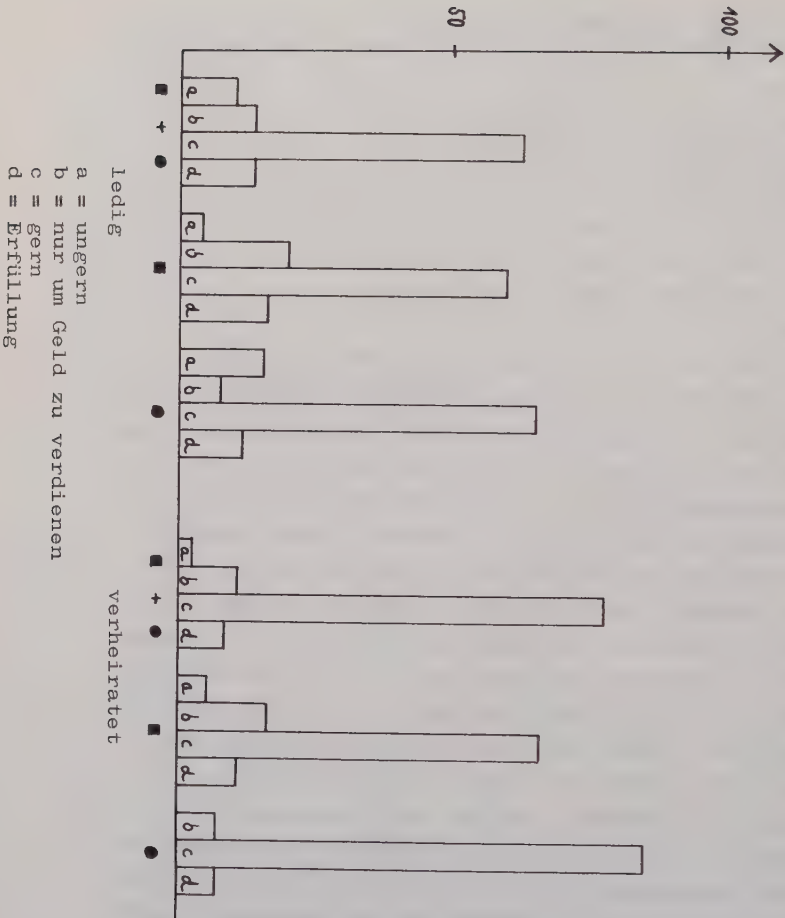
- a = ungern
- b = nur um Geld zu verdienen
- c = gern
- d = Erfüllung

Sucht man eine Abhängigkeit zwischen der Befriedigung im Beruf und dem Geschlecht, so läßt sich feststellen, daß knapp ein Viertel ($10 = 23,3\%$) aller befragten Männer ungern oder nur, um Geld zu verdienen, arbeiten. Aber auch bei den Frauen finden wir vergleichsweise einen hohen Anteil ($10 = 17,5\%$) mit dieser Einstellung. Die meisten Patienten jedoch, unabhängig ob Mann oder Frau, finden weitgehend eine Befriedigung in ihrem Beruf. Bei den Männern sind es $27 = 62,8\%$, bei den Frauen $42 = 73,7\%$.

Vergleicht man die Befriedigung im Beruf von ledigen und verheirateten Personen, so bemerkt man, daß der Prozentsatz der ledigen ($12 = 23,5\%$), die ungern oder nur, um Geld zu verdienen, arbeiten, weitaus höher ist als der von verheirateten ($6 = 13\%$), siehe Abbildung 16. Sehr auffällig ist, daß keine verheiratete Frau "ungern" arbeitet, sondern "nur", um Geld zu verdienen. Bei einem Vergleich des Anteils der Männer mit dem der Frauen, die ihre Arbeit gern ausüben, zeigt sich sehr deutlich, daß mehr verheiratete Frauen ($24 = 85,7\%$) als Männer ($12 = 66,7\%$) eine Befriedigung in ihrer Tätigkeit sehen. Eine Erfüllung im Beruf finden mehr ledige ($7 = 13,7\%$) als verheiratete ($4 = 8,7\%$).

Es stellt sich heraus, daß die Befriedigung im Beruf abhängig ist von der sozialen Stellung eines Menschen. Von den angelernten Arbeitern üben $5 = 62,5\%$ ihren Beruf ungern oder nur zum Zweck des Geldverdienens aus. $1 = 50\%$ der Vertreter und Landwirte arbeiten ebenfalls ungern. In der Berufsgruppe der mittleren Beamten und Angestellten sind es $5 = 20,8\%$, bei den Personen mit einem handwerklichen Beruf $3 = 18,8\%$. $2 = 10\%$ der Schüler, Studenten und Lehrlinge haben keine Lust zu ihrer Ausbildung. Von den Hausfrauen geben $4 = 14,8\%$ an, daß sie nur ungern tätig sind oder um Geld zu verdienen. Erfüllung findet ein hoher Prozentsatz ($5 = 31,3\%$) der Personen aus der handwerklichen Fachrichtung, ebenso

Abb. 16: Abhängigkeit der Befriedigung im Beruf
von Geschlecht und Familienstand
Abszisse: Familienstand
Ordinate: Prozent



mittlere Beamte und Angestellte (3 = 12,5%), jedoch nur Frauen.

Als letzte Frage wirft sich der Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit im Beruf und der Zahnerkrankung auf. Auffällig ist, daß 4 = 44,4% der Patienten mit Abszessen und 2 = 33,3% mit Zysten Unzufriedenheit im Beruf äußern.

1.3. Krankheit und Geschlecht

Tabelle 8 zeigt die Geschlechtsaufteilung der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der befragten Patienten. Nach unserer Befragung und Untersuchung trägt das männliche Geschlecht weitaus häufiger als das weibliche Kieferfrakturen (63,6%), Abszesse (66,7%) und Osteomyelitis (62,5%) davon, während Frauen überwiegend von Kiefergelenkserkrankungen (92,9%), Zysten (66,7%) und Parodontopathien (55,6%) betroffen sind.

Tabelle 8
Geschlechtsverteilung der Krankheiten

		1		2		3
		absolut		prozentual		Sexual- quotient
Krankheitsbezeichng.	Gesamt- zahl	M	F	M	F	F/M
Kieferfrakturen	22	14	8	63,6	36,4	0,57
Parodontopathien	18	8	10	44,4	55,6	1,25
Kiefergelenkserkr.	14	1	13	7,1	92,9	13,00
Infiltrat, Abszesse	9	6	3	66,7	33,3	0,5
Osteomyelitis	8	5	3	62,5	37,5	0,6
Zysten	6	2	4	33,3	66,7	2
Amelogen. imperf.	5	2	3	40,0	60,0	1,5
Stellungsanomalien	5	-	5	-	100,0	-
Retinierte Zähne	4	2	2	50,0	50,0	1
Tumore	2	-	2	-	100,0	-
Odontoid	1	1	-	100,0	-	-
Exostose	1	1	-	100,0	-	-
Ulcus	1	1	-	100,0	-	-
Pseudarthrose	1	-	1	-	100,0	-
Chron. gran. Period.	1	-	-	-	100,0	-
Speichelstein	1	1	-	100,0	-	-
Thrombose /Marcumar	1	-	1	-	100,0	-

1.4. Dauer der Krankheit

Bei dem als Dauer einer Krankheit bezeichneten Ausdruck handelt es sich nicht um die absolute Dauer der Zahn-erkrankung, sondern sie gibt die Zeitspanne vom Beginn der Krankheit bis zum Tag der Befragung an. Die Zahn-erkrankungen der Patienten sind zum größten Teil akut und nur wenige chronisch. Darum ist verständlich, daß über die Hälfte (57) eine "Krankheitsdauer" von höchstens einem Vierteljahr verzeichnet.

Aus der Tabelle 9 können wir ablesen, daß Frauen im allgemeinen eine längere Krankheitsdauer davontragen als Männer. Bei 30 = 69,8% der Männer bestand die Krankheit höchstens ein Vierteljahr. Fast die Hälfte der Männer (20 = 46,5%) ist knapp vier Wochen mit der Krankheit behaftet gewesen. Anders ist es bei den Frauen. 27 = 47,4% von ihnen verzeichnen eine Krankheitsdauer bis zu einem Vierteljahr und sogar 19 = ein Drittel litt an der Zahnerkrankung schon über ein Jahr.

Tabelle 9

Abhängigkeit der Dauer einer Krankheit vom Geschlecht

Dauer	F		M		ges.
	abs.	%	abs.	%	
0 - 1 Monat	11	19,3	20	46,5	31
über 1 M.- 3 M.	16	28,1	10	23,3	26
über 3 M. - 6 M.	6	10,5	4	9,3	10
über 6 M. - 1 J.	5	8,8	4	9,3	9
über 1 J.	19	33,3	5	11,6	24

Es ist interessant, daß 21 = 84% der ledigen Männer eine Krankheitsdauer von höchstens einem Vierteljahr aufweisen (Tabelle 10). Bei den ledigen Frauen sind es nur 12 = 46,2%. Dafür ist aber auch schon ein Großteil von ihnen (10 = 38,5%) ein Jahr mit einer Zahn-, Mund- und Kieferkrankheit behaftet. Dieser hohe Prozentsatz

mit der langen Krankheitsdauer wird hervorgerufen durch die Stellungsanomalien und Kiefergelenkserkrankungen. Aber auch bei anderen Krankheiten kann man feststellen, daß die Frauen eine längere Krankheitsdauer aufweisen als die Männer, z.B. bei Patienten mit Parodontopathien.

Tabelle 10

Abhängigkeit der Dauer einer Krankheit vom Familienstand

10a: absolute Angaben

Dauer	ledig			verheiratet			verwitwet		
	ges.	F	M	ges.	F	M	ges.	F	M
0-1M	20	4	16	10	6	4	1	1	-
über 1M-3M	13	8	5	11	6	5	2	2	-
über 3M-6M	1	1	-	9	5	4	-	-	-
über 6M-1J	5	3	2	4	2	2	-	-	-
über 1 J	12	10	2	12	9	3	-	-	-

10b: prozentuale Angaben

Dauer	ledig			verheiratet			verwitwet		
	ges.	F	M	ges.	F	M	ges.	F	M
0-1M	39,2	15,4	64	21,7	21,4	22,2	33,3	33,3	-
über 1M-3M	25,5	30,8	20	23,9	21,4	27,8	66,7	66,7	-
über 3M-6M	2,0	3,9	-	19,6	17,9	22,2	-	-	-
über 6M-1J	9,8	11,5	8	8,7	7,1	11,1	-	-	-
über 1J	23,5	38,5	8	26,1	32,1	16,7	-	-	-

Die Dauer einer Krankheit ist immer abhängig von der Art der Krankheit. Kieferbrüche und Abszesse weisen in den meisten Fällen eine geringe Krankheitsdauer auf. 12 = 54,6% der Patienten mit Kieferfrakturen sind erst höchstens vier Wochen krank und 8 = 36,4% leiden schon einen bis 3 Monate daran. 8 = 88,9% der Patienten mit Abszessen im Kieferbereich sind bis zum Zeitpunkt der Befragung maximal vier Wochen krank. An Osteomyelitis-Erkrankte tragen eine Krankheitsdauer zu 3 = 37,5% von vier Wochen und zu 4 = 50% bis zu einem Vierteljahr davon. An-

ders ist es bei Patienten mit der Amelogenesis imperfecta. Diese Krankheit wird von den Eltern vererbt und tritt beim Durchbruch der ersten bzw. zweiten Zähne zu Tage, d.h. die Krankheitsdauer entspricht dem Alter des Patienten. Genauso ist es bei den Stellungsanomalien. Es dauert meistens länger als ein Jahr, um anomale Zahnstellungen kieferorthopädisch zu regulieren. Parodontopathien können verschieden lang dauern, Wochen, aber auch mehrere Jahre.

2. Krankheitsbewertungen

Das nächste Kapitel behandelt die Bewertung der Krankheit zu verschiedenen Zeitpunkten, und zwar die "Anfängliche" Krankheitsbewertung, die Verlaufsbewertung, die jetzige Bewertung und die Prognose. Hierbei ist es wissenswert zu erfahren, inwieweit die Bewertung der Krankheit durch die Verlaufsdauer einen Wandel erfährt.

2.1. Anfängliche Krankheitsbewertung

Es stellt sich bei der Befragung der Patienten heraus, daß 30 Probanden zu Beginn der Krankheit dieser keine Beachtung schenkten. 27 nahmen sie leicht und dachten sich nichts dabei. Nur zwei empfanden ihre Erkrankung wie jede andere Krankheit. 36 Patienten machten sich Sorgen und sogar 4 befürchteten das Schlimmste. Einer bemerkte nichts.

Viel mehr Frauen (36 = 63,2%) als Männer (21 = 48,8%) schenkten der Krankheit keine Beachtung und nahmen sie leicht. Umgekehrt machten sich mehr Männer (21 = 48,8%) als Frauen (19 = 33,3%) Sorgen und befürchteten das Schlimmste. Abbildung 17 stellt diese Unterschiede graphisch dar. Die Frauen bewerteten also die Krankheit zu Beginn etwas nebensächlicher und schenkten ihr keine große Bedeutung, während die Männer doch viel häufiger auf ihre Gesundheit achteten und sie zu Beginn in den Vordergrund stellten.

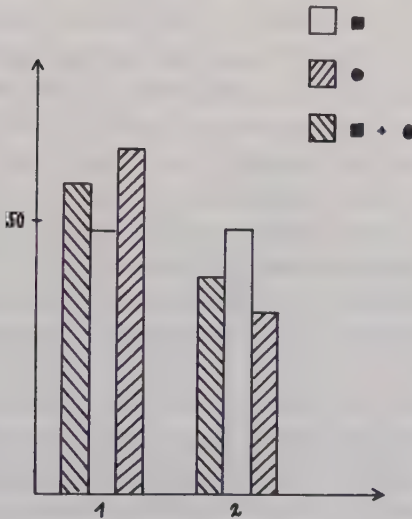
Abb. 17: Abhängigkeit der Anfänglichen Krankheitsbewertung vom Geschlecht

Abszisse: Anfängliche Krankheitsbewertung

1. Keine Beachtung geschenkt
und leicht genommen

2. Sorgen gemacht und das
Schlimmste befürchtet

Ordinate: Prozent



Verheiratete Patienten (19 = 41,3%) machten sich am Anfang der Krankheit leichter Sorgen als Ledige (17 = 33,3%). Auch befürchteten die Verheirateten das Schlimmste viel öfter (3 = 6,5%) als Ledige (1 = 2%). Eine konstante Beziehung zwischen der Anfänglichen Krankheitsbewertung und dem Alter konnte man nicht finden. Man stellt nur fest, daß fast 2/3 der Männer (11 = 64,7%) im Alter von 11-20 Jahren und Frauen (9 = 60%) der Krankheit keine Beachtung schenkten und

sie leicht nahmen. Etwas mehr als ein Drittel (11 = 34,4%) dieser Altersgruppe machte sich Sorgen und befürchtete das Schlimmste. Andersherum ist die Krankheitsbewertung bei den Männern der Altersgruppen 21-30 Jahre und 31-40 Jahre. Hier schenkten 4 = 36,4% bzw. 3 = 37,5% der Krankheit keine Beachtung und nahmen sie leicht, während der überwiegende Teil 7 = 63,6% bzw. 5 = 62,5% sich Sorgen machte und das Schlimmste befürchtete. Bei den Frauen änderte sich die Krankheitsbewertung nicht mit dem Alter. Genauso wie die 11-20jährigen schenkten auch die 21-30 und 31-40jährigen der Krankheit keine Beachtung und nahmen sie meistens leicht (13 = 65% bzw. 4 = 66,7%). Die Anfängliche Krankheitsbewertung kann wegen des etwaigen späteren Arbeitsausfalls vom Beruf abhängig sein. 15 = 75% der Schüler, Studenten und Lehrlinge, 17 = 63% der Hausfrauen, 50% der angelernten Arbeiter (4) und mittleren Beamten und Angestellten (12) und 6 = 37,5% der Handwerker nahmen anfangs ihre Zahn-, Mund- und Kieferkrankheit leicht oder beachteten sie kaum (Abbildung 18).

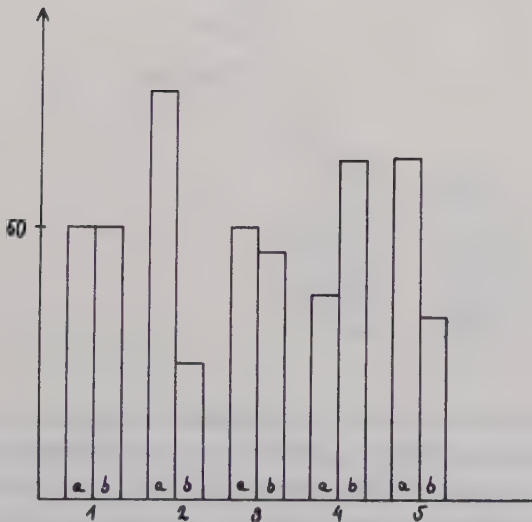
Natürlich spielt bei der Beurteilung der Krankheit am Anfang die Krankheit selber eine große Rolle, vor allem ihr äußeres Erscheinungsbild. Krankheiten, wie Parodontopathien und Kiefergelenkserkrankungen sowie Stellungsanomalien und retinierte Zähne wurden zum größten Teil leicht genommen und fanden kaum Beachtung, während Erkrankungen mit bedrohlicheren, lebensgefährdeteren Erscheinungen und Symptomen, wie Kieferfraktur, Abszeß und Osteomyelitis stärkere Sorgen bereiteten.

Abb. 18: Abhängigkeit der Anfänglichen
Krankheitsbewertung vom Beruf

Abszisse: Berufsgruppen

1. Arbeiter
2. Schüler, Studenten, Lehrlinge
3. Mittlere Beamte, Angestellte
4. Handwerker
5. Hausfrauen

Ordinate: Prozent



a = keine Beachtung geschenkt, leicht genommen
b = Sorgen gemacht, das Schlimmste befürchtet

2.2. Verlaufsbewertung

Der Verlauf der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheit wird von den Patienten verschieden bewertet. Es gibt zwei Extrema, die Besserung und die Verschlechterung des Zustandes. Abbildung 19 stellt die Verlaufsbewertung der Patienten graphisch dar.

Abb. 19: Abhängigkeit der Verlaufsbewertung
vom Geschlecht

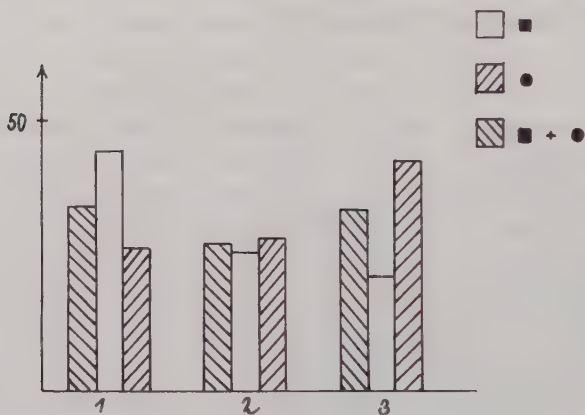
Abszisse: Verlaufsbewertung

1. gebessert

2. konstant

3. verschlechtert

Ordinate: Prozent



Man erkennt eine bezeichnende Abhängigkeit zwischen der Verlaufsbewertung der Krankheit und dem Geschlecht. Von den Männern gaben 19 = 44,2% an, daß sich ihr Zustand gebessert hätte, während es von den Frauen nur 15 = 26,3% waren. Die Mehrzahl der Frauen (24 = 42,1%) sprach von einer Verschlechterung. Von den Männern waren es nur 9 = 20,9%. Männer beurteilen den Verlauf der Krankheit also optimistischer als Frauen. Konstant bewerteten den Krankheitsverlauf 11 = 25,6% der Männer und 16 = 28,1% der Frauen. Ledige redeten eher von Besserung als von Verschlechterung im Gegensatz zu den Verheirateten (Abbildung 20).

Die jungen Jahrgänge sprachen leichter und in einem höheren Prozentsatz von Besserung als die höheren Altersgruppen. Diese hatten größtenteils eine pessimistische Meinung von dem Verlauf ihrer Krankheit.

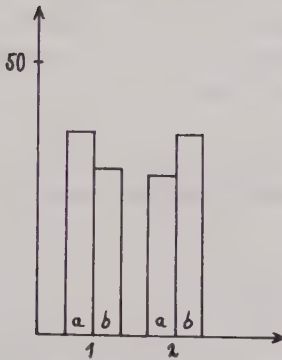
Abb. 20: Abhängigkeit der Verlaufsbewertung
vom Familienstand

Abszisse: Verlaufsbewertung

1. Besserung

2. Verschlechterung

Ordinate: Prozent



a = ledig

b = verheiratet

Angelernte Arbeiter (3 = 37,5%), mittlere Beamte und Angestellte (8 = 33,3%) und Hausfrauen (13 = 48,2%) beurteilten den Krankheitsverlauf pessimistisch. Handwerker hingegen verzeichneten zu 9 = 56,3% eine Besserung.

Der Verlauf der Krankheit ist abhängig von der Art der Erkrankung. Patienten mit akuten Krankheiten, wie Kieferbrüchen zeigten zum größten Teil (18 = 81,8%) eine Verbesserung ihres Zustandes. Anders verhält es sich bei Erkrankungen, die langwieriger sind, z.B. der Kiefergelenkerkrankung. Hier trat zu 9 = 64,3% eine Verschlechterung des Zustandes auf, ebenso in hohem Prozentsatz bei den Parodontopathien (10 = 55,6%). Eine Konstanz des Zustandes fanden wir bei 3 = 60% der Patienten mit der erbten Amelogenesis imperfecta. Bei

anderen akuten Krankheiten, wie Abszessen waren alle Verlaufsformen von der Besserung über Konstanz zur Verschlechterung zu verzeichnen. Hier kam es auf den Zeitpunkt der Befragung an. Da es sich bei den Zahnerkrankungen größtenteils um akute Fälle handelt, ist es erklärlich, daß die Patienten mit einer Krankheitsdauer von einem Monat in der Mehrzahl (17 = 54,8%) eine Besserung verzeichneten. Je länger die Krankheit jedoch anhielt, desto stärker wurde der Verlauf als konstant oder verschlechtert charakterisiert (Tabelle 11).

Tabelle 11

Verlaufsbewertung in Abhängigkeit von der Dauer der Krankheit

(Antworten, siehe Tafel 2 = Schlüssel)

11a: absolute Zahlen

Antwort	1	2	3	4	5
Anzahl	1	34	27	33	5
0-1M	-	17	8	6	-
1M-3M	-	8	7	10	1
3M-6M	1	1	3	4	1
6M-1J	-	3	2	2	2
über 1J	-	5	7	11	1

11b: prozentuale Zahlen

Antwort	1	2	3	4	5
0-1M	-	54,8	25,8	19,4	-
1M-3M	-	30,8	26,9	38,5	3,8
3M-6M	10	10,0	30,0	40,0	10,0
6M-1J	-	33,3	22,2	22,2	22,2
über 1 J	-	20,8	29,2	45,8	4,2

2.3. Jetzige Bewertung

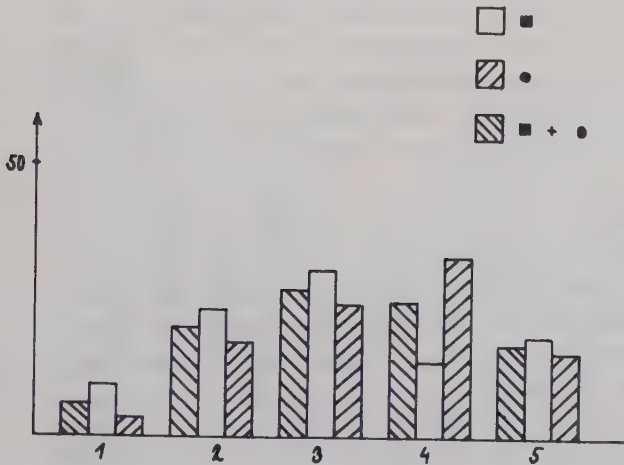
Abbildung 21 stellt die jetzige Bewertung der Krankheit von den Patienten in prozentualen Angaben dar.

Abb. 21: Abhängigkeit der jetzigen Krankheitsbewertung vom Geschlecht

Abszisse: Jetzige Krankheitsbewertung

1. gesund
2. weitgehend gesund
3. gebessert
4. verschlechtert
5. konstant

Ordinate: Prozent



Ein großer Teil der Patienten fühlte sich weitgehend gesund (6) oder war schon gesund (20). Von Besserung sprachen 27 Personen. Erstaunlich ist, daß ein Viertel (25) von einer Verschlechterung des Zustandes berichteten. Außerdem bringt Abbildung 21 zum Ausdruck, daß Männer ihren jetzigen Zustand positiver bewerteten als Frauen.

Ledige Männer und Frauen gaben in höherem Maße eine Verbesserung ihrer Krankheit an als die Verheirateten. Patienten der Altersgruppen 0-10 Jahre, 11-20 Jahre und 21-30 Jahre beurteilten ihre Krankheit optimistischer als Personen der höheren Altersgruppen.

11 = 40,7% der Hausfrauen und 3 = 37,5% der angelernten Arbeiter empfanden eine Verschlechterung ihres Krankenzustandes. Man muß auch erwähnen, daß sich schon 7 = 25,9% der Hausfrauen gesund oder weitgehend gesund fühlten. Bei den mittleren Beamten und Angestellten, Schülern und Handwerkern wurde der jetzige Zustand der Krankheit mehr positiv als negativ gesehen.

Die Patienten mit Kieferfrakturen waren weitgehend gesund (8 = 36,4%) bzw. spürten eine Besserung (12 = 54,6%). Ebenfalls gingen die meisten Patienten mit Abszessen der Besserung entgegen oder waren schon gesund (6 = 66,7%). Eine Verschlechterung registrierten noch immer viele Patienten mit einer Parodontopathie (7 = 38,9%) und mit Kiefergelenkserkrankungen (8 = 57,1%).

2.4. Prognose

Unter der Prognose verstehen wir die Voraussage der Patienten über den Verlauf ihrer Krankheit. Als mögliche Antworten standen Heilung, Besserung, Konstanz und Verschlechterung im Vordergrund. Heilung bedeutet der Endzustand des absoluten Auskurierens einer Krankheit. Mit Besserung ist der Endzustand noch nicht erreicht, jedoch macht der Krankheitsverlauf Fortschritte. Erwartungsgemäß hoffte der größte Teil der Patienten (64) auf Heilung ihrer Erkrankung. Von Besserung sprachen nur 24 Personen. Erstaunlich ist, daß 10 der Befragten ein konstantes Stadium der Krankheit für die Zukunft erwarteten (Abbildung 22). Nur ein Patient gab als Prognose eine Verschlechterung an.

Abb. 22: Abhängigkeit der Prognose vom Geschlecht

Abszisse: Prognose 1. Heilung

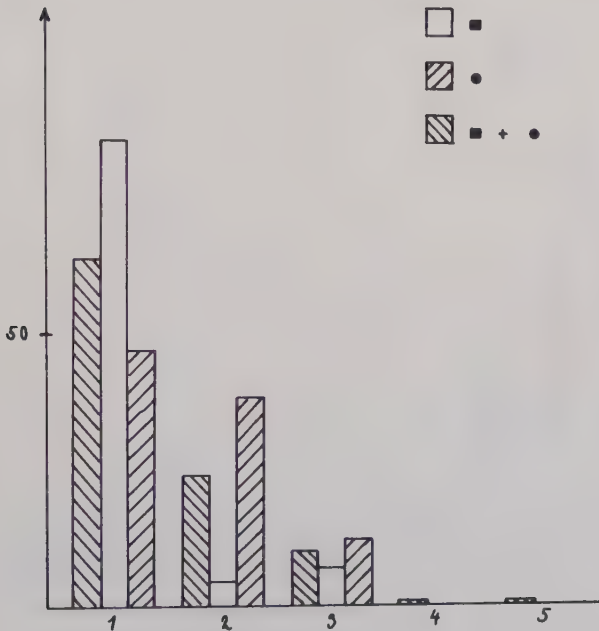
2. Besserung

3. gleichbleibend

4. Verschlechterung

5. weiß nicht

Ordinate: Prozent



Die Männer redeten öfter von Heilung ($37 = 86,1\%$) als die Frauen ($27 = 47,4\%$). Diese neigten mehr dazu, eine Besserung anzugeben ($22 = 38,6\%$) als die Männer ($2 = 4,7\%$), d.h., sie waren vorsichtiger in ihren Aussagen und zweifelten vielleicht mehr als das männliche Geschlecht.

Vergleicht man die Prognosen mit dem Familienstand der Patienten, so läßt sich erkennen, daß verheiratete Frauen eher von Heilung sprachen ($18 = 64,3\%$) als ledige ($6 = 23,1\%$), siehe Abb. 23.

Abb. 23: Abhängigkeit der Prognose der Frauen
vom Familienstand

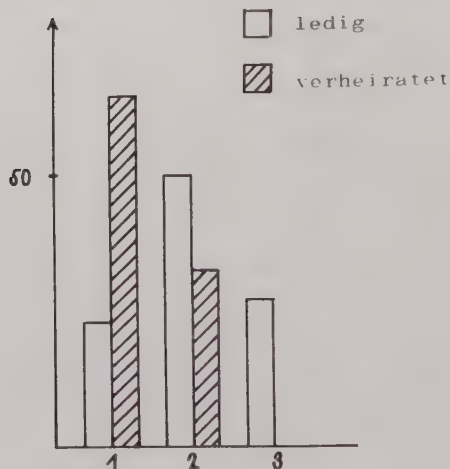
Abszisse: Prognose

1. Heilung

2. Besserung

3. gleichbleibend

Ordinate: Prozent



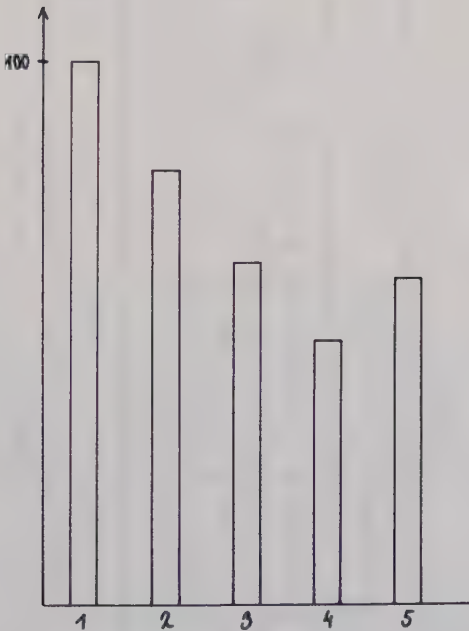
Männer, einerlei ob verheiratet (15 = 83,3%) oder ledig (22 = 88%), waren zum größten Teil von einer Heilung überzeugt. Je positiver die Krankheitsverlaufsbewertung war, in desto größerem Maße wurde von den Patienten als Prognose "Heilung" angegeben (Abbildung 24).

Zwischen der Prognose der Patienten und der Dauer der Krankheit besteht ebenfalls eine Beziehung. Je kürzer die Krankheit zum Zeitpunkt der Befragung bestand, um so mehr wurde von Heilung gesprochen. Bei länger andauernden Krankheiten wurde in stärkerer Zahl "Besserung" oder "Konstanz" angegeben (Tabelle 12).

Abb. 24: Abhängigkeit der Prognose "Heilung"
von der Krankheitsverlaufsbewertung
Abszisse: Krankheitsverlaufsbewertung

1. Zeichen verschwunden
2. gebessert
3. konstant
4. verschlechtert
5. schwankend

Ordinate: Prozent



Patienten, die nach eigenen Angaben wußten, an welcher Krankheit sie litten, sprachen in 44 = 61,1% Fällen von Heilung und nur 19 = 26,4% von Besserung. Kranke, die angeblich nichts über ihre Krankheit wußten, gaben zu 11 = 78,6% Heilung als Prognose an, nur 2 = 14,3% sprachen von Besserung. Patienten, die nur Vermutungen über ihre Krankheit anstellten, prognostizierten ihre Krankheit in 9 = 64,3% als Heilung und in 3 = 21,4% als

Tabelle 12
Abhängigkeit der Prognose von der Dauer der Krankheit in absoluten
und prozentualen Zahlen

Dauer	Prognose	Heilung	Besserung	gleichbleibend	Verschlechterung	weiß nicht
0 - 1 Monat		26 = 83,9%	3 = 9,7%	1 = 3,2%	-	1 = 3,2%
über 1 M - 3 Monate		17 = 65,4%	6 = 23,1%	3 = 11,5%	-	-
über 3 M - 6 Monate		8 = 80%	2 = 20%	-	-	-
über 6 M - 1 Jahr		4 = 44,4%	5 = 55,6%	-	-	-
über 1 Jahr		9 = 37,5%	8 = 33,3%	6 = 25%	1 = 4,2%	-

Tabelle 13
Prognose in Abhängigkeit von der Konfession
in absoluten und prozentualen Zahlen

	Heilung	Besserung	konstant	Verschle- terung	weiß nicht
	64	24	10	1	1
evangelisch	80	51=63,8%	20= 25%	9= 11,3%	-
katholisch	18	13=72,2%	3= 16,7%	1=5,6%	1=5,6%
freikirchlich	1	-	1=100%	-	-
kein Glaube	1	-	1=100%	-	-

Besserung. Aus diesen Zahlen läßt sich schließen, daß je unwissender ein Patient seiner Krankheit gegenübersteht, desto stärker auf eine positive Prognose hofft.

Von den katholischen Patienten glaubte ein etwas größerer Teil (13 = 72,2%) als von den evangelischen (51 = 63,8%) an Heilung (Tabelle 13).

Patienten mit akuten Erkrankungen gaben in größerer Zahl eine positive Prognose an als diejenigen mit langwierigen Krankheiten, wie z.B. Kiefergelenkserkrankungen oder Parodontopathien. Erstaunlich ist, daß sämtliche Patienten mit Stellungsanomalien nur auf Besserung hofften und nicht auf Heilung.

3. Krankheitswissen

3.1. Wissen die Patienten über ihre Krankheit Bescheid?

96 Patienten erfuhren die Art der Krankheit von ihrem Arzt. Nur 3 wurden von den Eltern über die Erkrankung aufgeklärt, und zwar handelte es sich dabei um Personen, die an einer Erbkrankheit litten. Ein Proband hatte sein Wissen von einem Bekannten, der einmal dieselbe Krankheit hatte.

Frage man die Patienten direkt, welche Krankheit sie denn überhaupt hätten, dann konnten 72 einigermaßen erklären, woran sie litten. 14 Patienten wußten nicht, woran sie erkrankt waren und konnten sich unter den "lateinischen Worten" auch nichts vorstellen. Weitere 14 stellten Vermutungen an.

Die Frauen wußten zu einem größeren Prozentsatz 45 = 79% als die Männer 27 = 62,8% über ihre Krankheit Bescheid. Nur 12 = 21,1% der Frauen, also etwas mehr als ein Fünftel, wußten nichts darüber oder vermuteten

nur. Bei den Männern waren es 16 = 37,2% (Abbildung 25).

Abb. 25: Abhängigkeit des subjektiven und objektiven Krankheitswissens vom Geschlecht

Abszisse: Subjektives bzw. objektives

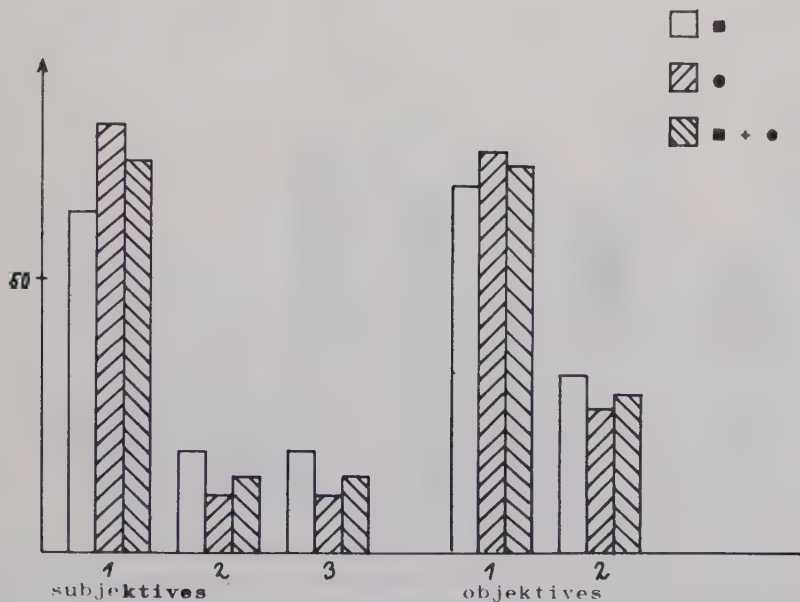
Krankheitswissen

1. ja

2. nein

3. Vermutung

Ordinate: Prozentualer Anteil der Geschlechter am Krankheitswissen

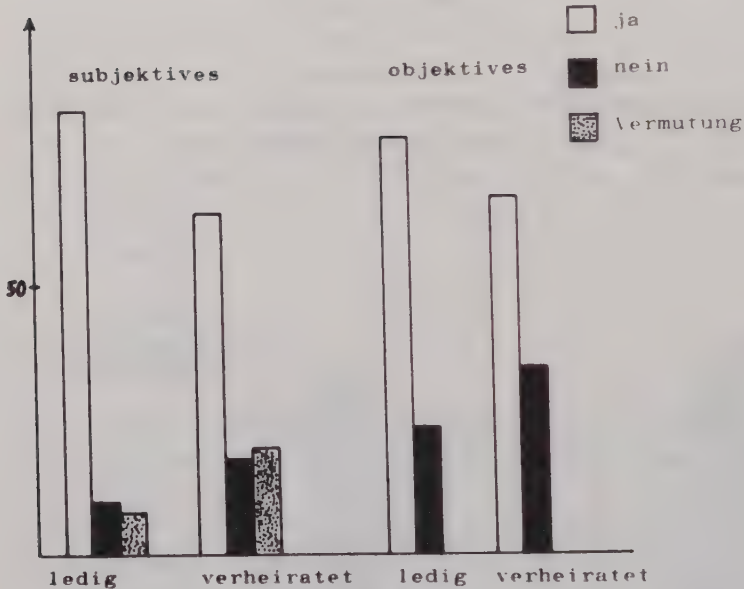


Ledige (42 = 82,4%) hatten ein größeres Krankheitswissen als Verheiratete (29 = 63%). 17 = 37% der Verheirateten wußten nicht, an welcher Krankheit sie litten oder hatten nur Vermutungen darüber. Am besten Bescheid wußten die ledigen Frauen (24 = 92,3%) (Abbildung 26).

Abb. 26: Abhängigkeit des subjektiven und objektiven Krankheitswissens vom Familienstand

Abszisse: Familienstand

Ordinate: Prozentualer Anteil des Familienstandes am subjektiven und objektiven Krankheitswissen



Akademiker (1 = 100%), Studenten, Schüler und Lehrlinge (17 = 85%) und Hausfrauen (20 = 74,1%) hatten das größte subjektive Krankheitswissen. Mit einigem Abstand folgten die mittleren Beamten und Angestellten (16 = 66,7%), Handwerker (10 = 62,5%) und angelernten Arbeiter (5 = 62,5%). Es ist eine Abstufung zu erkennen, die sich nach der sozialen Stellung der Patienten richtet. Es läßt sich eine Abhängigkeit zwischen dem subjektiven Krankheitswissen und der Religionszugehörigkeit feststellen. Weniger als die Hälfte (8 = 44,4%) der katholischen Patienten wußten etwas über ihre Krankheit. Von den evangelischen konnten 62 = 77,5% Angaben über ihre

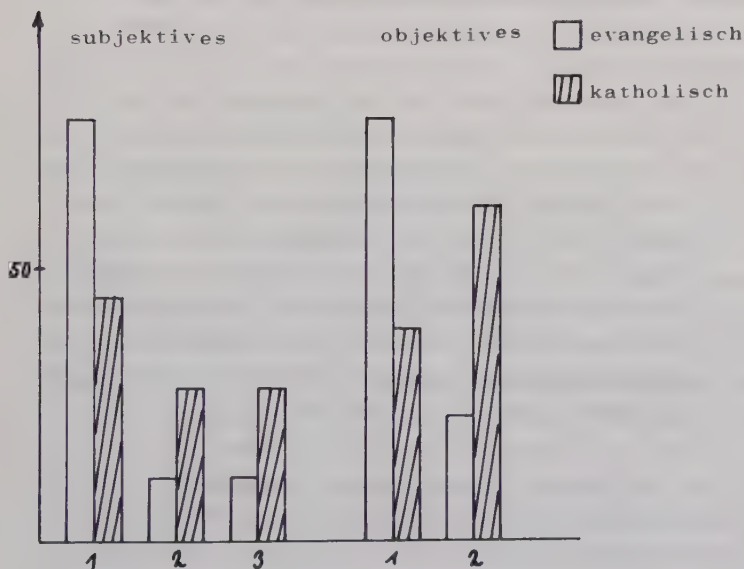
Erkrankung machen (Abbildung 27).

Abb. 27: Abhängigkeit des subjektiven und objektiven Krankheitswissens von der Religionszugehörigkeit

Abszisse: Subjektives und objektives Krankheitswissen

1. ja
2. nein
3. Vermutung

Ordinate: Prozentualer Anteil der Religionsgruppen am Krankheitswissen



Das Krankheitswissen ist abhängig von der Art der Krankheit. Ist die Erkrankung offensichtlich und ihr Entstehen leicht zu verstehen, wie z.B. eine Kieferfraktur, so wußten die Patienten in der Mehrzahl Bescheid. Anders verhielt es sich z.B. bei der Osteomyelitis. Patienten mit dieser Krankheit wußten entweder nichts

über diese Erkrankung oder stellten nur Vermutungen an. Personen konnten sich unter Zysten nur wenig vorstellen. Nur ein Drittel der Erkrankten mit dieser Zahn-, Mund- und Kieferkrankheit wußte, was sie hatte. Eine Patientin, bei der man im Oberkiefer eine Zystostomie vorgenommen hatte, war recht verzweifelt, da sie glaubte, man hätte ihr ein Karzinom entfernt und sie sei jetzt unheilbar an Krebs erkrankt.

Das subjektive Krankheitswissen gibt uns die Angaben der Patienten wieder. Gleichzeitig habe ich selber nach meinem Gefühl beurteilt, ob die Patienten nun wirklich von ihrem Wissen überzeugt waren oder nicht. Meine Meinung schlägt sich nieder in dem objektiven Krankheitswissen.

Vergleicht man die Daten des subjektiven mit dem objektiven Krankheitswissen, so stellt sich heraus, daß nicht alle Patienten, die angaben, ihre Krankheit zu kennen, über diese Bescheid wußten. Die Männer sind im allgemeinen unsicherer in ihrem Wissen als die Frauen, denn jene wissen meistens mehr als sie angeben. Eine Ausnahme hiervon bilden die jungen ledigen Männer. Sie übertreiben manchmal mit ihrem Wissen, denn wenn man sie konkret nach ihrer Krankheit fragt, können sie keine genaue Antwort geben.

3.2. War das Wissen der Krankheit erwünscht?

97 Patienten wollten wissen, welche Krankheit sie hatten. Zwei Probanden, jüngere Leute, interessierten sich nicht dafür. Sogar einem Kranken war die Krankheit gleichgültig.

3.3. Effekt der Patienten bei der ärztlichen Mitteilung der Krankheit

Unter dem "Effekt" verstehen wir die Stimmung, in die der Patient versetzt wird, wenn man (hauptsächlich der Arzt) ihm seine Krankheit mitteilt. Jeder Mensch

reagiert anders. Unter unseren Patienten verhielten sich 35 verständig, d.h. sie reagierten ruhig und brachten dem Arzt Verständnis entgegen. Ihre Reaktion war dem Sachverhalt angemessen. 26 wurden in eine bedrückte Stimmung versetzt; sie sahen ihre Krankheit in einem "schwarzen Licht". Den Kummer, der durch die Krankheit hervorgerufen wurde, fraßen diese Patienten in sich hinein. 17 erwähnten, daß sie entsetzt und niedergeschlagen gewesen wären. Diese Gemütsverfassung brachten sie gegenüber dem Arzt zum Ausdruck. Acht Patienten konnten sich nichts unter der Krankheit vorstellen, sechs war es gleichgültig, welche Zahn-, Mund- und Kieferkrankheit sie hatten. Bei vier Probanden trat eine Erleichterung auf, "es fiel ihnen ein Stein vom Herzen". Nur drei zeigten gar keine Reaktion, und einer resignierte.

Diese Aussagen waren natürlich subjektiv gesehen, da die Patienten mir ihre Reaktion mitteilten und ich keinerlei Beurteilung abgeben konnte, ob sie tatsächlich so reagiert hatten.

Genauso wie man es aus eigener Erfahrung kennt, reagierten die Männer (19 = 44,2%) verständiger als die Frauen (16 = 28,1%). Die Frauen wurden überwiegend in eine Verfassung versetzt, die durch Bedrückung (18 = 31,6%) und Niedergeschlagenheit (13 = 22,8%) gekennzeichnet ist (Abbildung 28).

Verheiratete Frauen äußerten sich in stärkerem Maße als die ledigen, daß sie in eine bedrückte Stimmung versetzt worden seien (V = 13 = 46,4%; L = 5 = 19,2%). Im Gegensatz dazu stehen die Männer. Mehr ledige (6 = 24%) als verheiratete (2 = 11,1%) waren bedrückt. Ledige Frauen zeigten häufiger (7 = 26,9%) Entsetzen und Niedergeschlagenheit als Verheiratete (5 = 17,9%). Sie brachten aber auch mehr Verständnis auf (8 = 30,8%) als Verheiratete (7 = 25%). Umgekehrt war es bei den Männern, und zwar waren die Verheirateten verständnis-

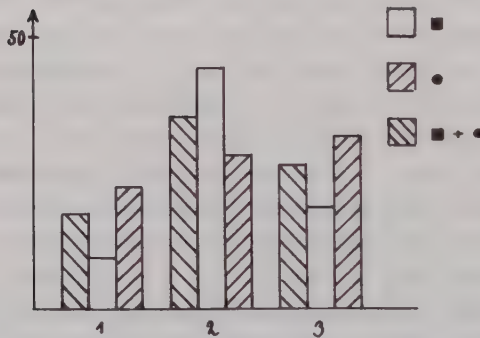
voller (10 = 55,6%) als die ledigen (9 = 36%).

Abb. 28: Abhängigkeit des Effekts bei der ärztlichen Mitteilung über die Krankheit an die Patienten vom Geschlecht

Abszisse: Effekt

1. Äußerung der Niedergeschlagenheit
2. Äußerung der Verständigkeit
3. Äußerung der Bedrücktheit

Ordinate: Prozent



In fast allen Altersgruppen gab die Mehrheit der Patienten eine verständige Reaktionsweise an. Bemerkenswert ist, daß die niedrigen Altersgruppen 11 - 20 Jahre und 21 - 30 Jahre meistens (6 = 18,8% bzw. 9 = 29%) entsetzt und niedergeschlagen waren. Nur junge Leute (11 - 20 Jahre) gerieten in eine gleichgültige Verfassung (5 = 15,6%).

In allen Berufsgruppen fanden wir zum überwiegenden Teil eine verständige Reaktion. Nur die Hausfrauen machten eine Ausnahme. Sie waren zu 13 = 48,2% bedrückt, also kanpp die Hälfte von ihnen. Weitere 6 = 22,2% waren entsetzt und niedergeschlagen.

Der Effekt richtete sich auch nach dem Krankheitsbild.

Je schlimmer sich die Krankheit in ihren ersten Symptomen äußerte, desto bedrückter und entsetzter reagierten die Patienten. Patienten mit Kieferbrüchen waren zu 7 = 31,8% bedrückt und 6 = 27,3% sogar entsetzt. Es handelte sich dabei in der Überzahl um Frauen. Patienten, die an einer Osteomyelitis erkrankt waren, reagierten zu 4 = 50% bedrückt. Anders verhielt es sich bei Patienten mit nicht allzu schwerwiegenden Krankheiten, wie z.B. den Stellungsanomalien. 2 Patienten mit dieser Krankheit reagierten sogar gleichgültig.

4. Reaktion der Umgebung

4.1. Reaktion des Arztes

79 Patienten waren der Meinung, daß die Ärzte ihnen sehr hilfsbereit gegenüberstanden. Nur bei acht Personen drückte der behandelnde Arzt Erstaunen aus beim Diagnostizieren der Erkrankung.

Es läßt sich eine Abhängigkeit zwischen dem Familienstand der Patienten und der Reaktion des Arztes feststellen, und zwar finden die Ledigen den Arzt hilfsbereiter (43 = 84,3%) und besorgter (1 = 2%) als die Verheirateten (35 = 76,1% bzw. 0%).

Ein Erstaunen brachten die Zahnärzte nur bei Krankheiten, wie der Amelogenesis imperfecta, Abszeß, retinierten Zähnen und der Osteomyelitis zum Ausdruck. Hervorgerufen wurde diese Reaktion entweder durch die Seltenheit des Auftretens oder durch das in seiner Schwere sich zeigende Krankheitsbild. Besorgnis erregten nur Patienten mit Kieferbrüchen bei dem Arzt.

4.2. Reaktion des Arbeitgebers

Die Patienten wissen in den wenigsten Fällen (28), wie der Arbeitgeber reagierte, als er von der Krankheit

des Arbeitnehmers erfuhr. Die anderen 72 Kranken hatten entweder keinen Arbeitgeber, wie z.B. die Hausfrauen, oder wußten nichts von der Reaktion ihres "Chefs". Erstaunlich ist, daß 1 = 3,6% Arbeitgeber wegen der Zahnerkrankung mit Entlassung gedroht hatte. Vermutlich spielen dabei noch andere Gründe eine Rolle, die der Patient aber nicht nannte.

Allein die Arbeitgeber von angelernten Arbeitern (2 = 25%) und mittleren Beamten und Angestellten (3 = 12,5%) zeigten eine ärgerliche Reaktion; aber auch Handwerker (1 = 6,3%) hatten bei ihren Chefs damit zu rechnen. Nur einem Arbeiter (12,5%) war mit Entlassung gedroht worden.

4.3. Reaktion des Partners

37 Patienten hatten keinen Partner oder hatten keine Reaktion ihres Partners feststellen können. Von den 63 Patienten, die Angaben über die Reaktion ihres Ehegatten oder Freundes machten, erwähnte der größte Teil (24 = 38,1%) eine verständnisvolle Haltung des Partners. An zweiter Stelle stand die Besorgnis um den Kranken (13 = 20,6%). 12 = 19,1% der Partner, fast ein Fünftel, zeigten Traurigkeit. Die Männer kümmerten sich um ihre kranken Frauen größtenteils verständnisvoll, während die Partnerinnen der kranken Männer hingegen mehr Traurigkeit ausstrahlten (Abbildung 29). Die Männer der kranken Frauen sahen die Krankheit nüchterner mit dem Verstand, während die Frauen sensibler und gefühlsstärker auf die Krankheit ihres Mannes reagierten.

Von den Verheirateten ist der größte Teil der Partner besorgt im Gegensatz zu den Ledigen. Bei diesen Personen zeigte die Mehrheit der Partner keine Reaktion oder es gibt keine. Uninteressiertheit und Ärger wurde nur den Partnern der ledigen Kranken entgegengebracht. Eine Erleichterung verspürten allein Partner von verheirateten Kranken. Bemerkenswert ist, daß 7 = 25,9%

Ehemänner von Hausfrauen keine Reaktion zeigten. Dabei handelte es sich um Patientinnen mit Kieferfraktur und Stellungsanomalien.

Abb. 29: Abhängigkeit der Reaktion des Partners vom Geschlecht

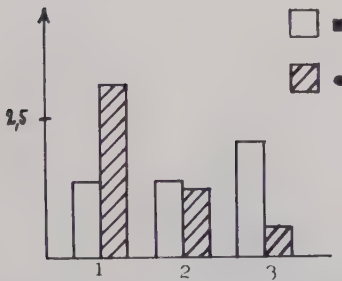
Abszisse: Reaktion des Partners

1. verständnisvoll

2. besorgt

3. traurig

Ordinate: Prozent



4.4. Reaktion der Eltern

Abbildung 30 veranschaulicht graphisch, wie die Eltern auf die Krankheit der Kinder reagierten. Der überwiegende Teil (40) war um das Wohl seiner Kinder besorgt. Es ist interessant zu erfahren, daß in neun Fällen Desinteresse vorlag.

Die Eltern lediger Patienten reagierten besorgter und trauriger als die von verheirateten. Andererseits verhielten sich die Eltern der Verheirateten verständnisvoller als die der Ledigen (Abbildung 31).

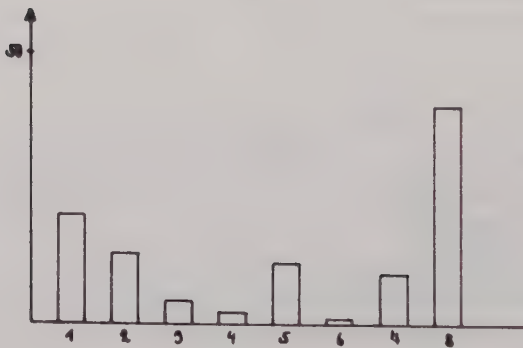
Setzt man das Alter der Patienten in Beziehung zu den Reaktionen der Eltern, so läßt sich folgendes feststellen: Je jünger die Patienten sind, um so besorgter waren die Eltern, je älter, um so verständnisvoller reagierten sie.

Abb. 30: Reaktion der Eltern

Abszisse: Reaktion

1. keine Reaktion
2. verständnisvoll
3. mitleidig
4. hilfsbereit
5. traurig
6. erleichtert
7. uninteressiert
8. besorgt

Ordinate: Prozent



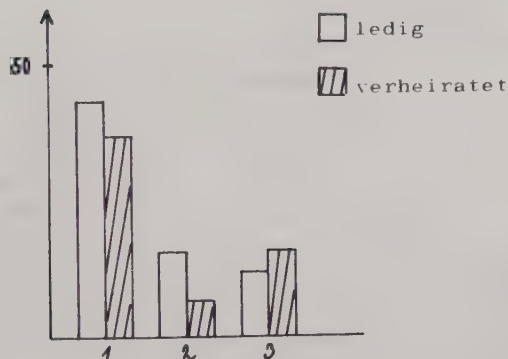
Eltern von Patienten mit Kieferfrakturen waren zu 9 = 40,9% besorgt um ihr Kind, 8 = 36,4% strahlten gegenüber dem Kranken Traurigkeit aus. Krankheiten, die durch ein negatives Krankheitsbild gekennzeichnet sind, wie Abszesse und Zysten, führten auch zu einem Besorgnis erregenden Zustand der Eltern. Bei den Kiefergelenkerkrankungen zeigten die Eltern der Patienten meistens (6 = 42,9%) Desinteresse. Erstaunlich ist, daß 7 = 38,9% der Eltern von Patienten mit einer Parodontopathie besorgt waren. Es handelte sich dabei vornehmlich um jüngere Patienten.

Abb. 31: Abhängigkeit der Reaktion der Eltern vom Familienstand des Patienten

Abszisse: Reaktion der Eltern

1. besorgt
2. traurig
3. verständnisvoll

Ordinate: Prozent



4.5. Reaktion der Kinder

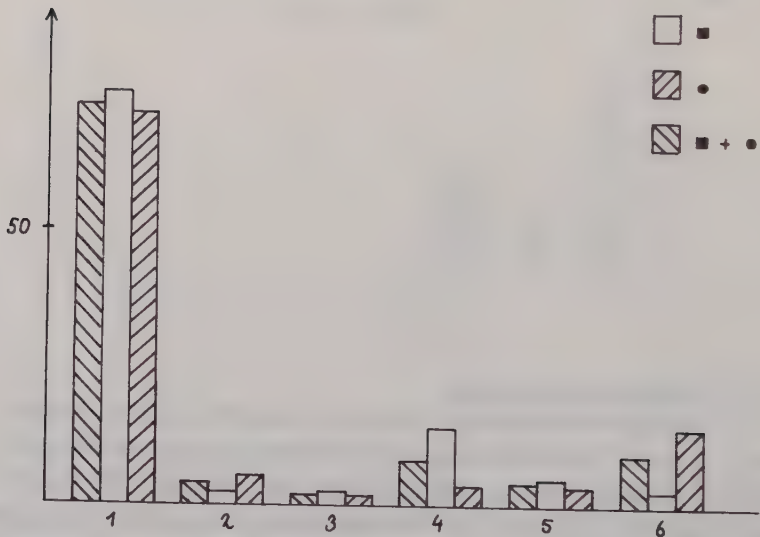
73 Patienten hatten keine Kinder. Waren Kinder vorhanden, so rief die Erkrankung eines Elternteils entweder Besorgnis oder Traurigkeit hervor (Abbildung 32). Die überwiegende Mehrheit der Patientinnen hatte den Eindruck, daß ihre Kinder um sie besorgt seien, während die Männer eine traurige Reaktion ihrer Kinder beschrieben. "Traurigkeit" der Kinder erwähnten verhältnismäßig junge Patienten, die also Kinder im schulpflichtigen Alter haben mußten. Je jünger die Kinder waren, desto trauriger reagierten diese. Je älter die Kinder, um so besorgter kümmerten sie sich um ihre kranken Eltern und um so verständnisvoller traten sie ihnen gegenüber.

Abb. 32: Abhängigkeit der Reaktion der Kinder vom Geschlecht

Abszisse: Reaktion der Kinder

1. keine Reaktion
2. verständnisvoll
3. mitleidig
4. traurig
5. uninteressiert
6. besorgt

Ordinate: Prozent



4.6. Reaktion der Geschwister und Angehörigen

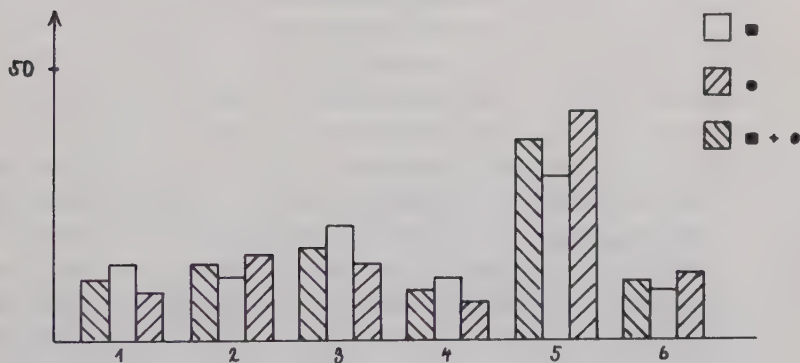
Abbildung 33 klärt uns über die Reaktion der Geschwister und Angehörigen auf. Es ist erstaunlich, daß sich 37 der Verwandtschaft nicht um die Patienten kümmerten und ein hoher Prozentsatz den kranken Geschwistern oder Angehörigen (17) Mitleid entgegenbrachte. Die Frauen empfanden von ihrer Verwandtschaft her mehr Uninteressiertheit für ihre Krankheit als die Männer. Diesen wurde mehr Mitleid entgegengebracht (Abbildung 33).

Abb. 33: Abhängigkeit der Reaktion der
Geschwister und Angehörigen vom Geschlecht

Abszisse: Reaktion der Geschwister und
Angehörigen

1. keine Reaktion
2. verständnisvoll
3. mitleidig
4. traurig
5. uninteressiert
6. besorgt

Ordinate: Prozent



Eine Kieferfraktur führte zu 7 = 31,8% bei den Angehörigen zu Traurigkeit und zu 5 = 22,7% zu Besorgnis. Bei den Krankheiten also, die ein schweres Erscheinungsbild lieferten, reagierten die Angehörigen oft besorgt oder auch mitleidig. Anders war es bei Erkrankungen mit weniger schweren Symptomen, wie z.B. den Parodontopathien oder Kiefergelenkserkrankungen. Patienten mit diesen Leiden stießen bei ihren Angehörigen größtenteils auf Desinteresse, gefolgt vom Mitleid.

4.7. Reaktion der Freunde

Der Begriff "Freunde" ist sehr weitreichend. Wir meinen damit die engsten Bekannten, mit denen der Patient öfter zusammen ist.

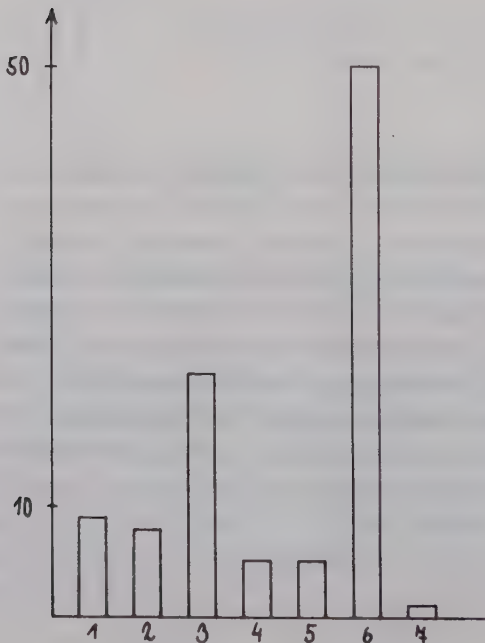
50 Patienten waren der Meinung, daß die Freunde an der Krankheit uninteressiert seien. Über ein Fünftel (22) der Patienten wurden bemitleidet. Abbildung 34 veranschaulicht uns die Reaktion der Freunde.

Abb. 34: Reaktion der Freunde

Abszisse: Reaktion der Freunde

1. keine Reaktion
2. verständnisvoll
3. mitleidig
4. hilfsbereit
5. traurig
6. uninteressiert
7. besorgt

Ordinate: Prozent



Männer wurden stärker bemitleidet (13 = 30,2%) als Frauen (9 = 15,8%). Diesen brachte man mehr Desinteresse (32 = 56,1%) entgegen als den Männern (18 = 41,9%). Bemerkenswert ist, daß Verheirateten von ihren Freunden mehr Verständnis gezeigt wurde als den Ledigen, während die Ledigen mehr bemitleidet wurden. Frauen in höherem Alter erfuhren von ihren Freunden mehr Mitleid als solche in jüngeren Jahren.

5. Krankheitsursache

5.1. Wissen der Krankheitsursache

Bevor wir auf die Ursachen der Zahnerkrankungen eingehen, stellen wir erst einmal fest, wieviel der Leute die Ursache kennen. Es ist erstaunlich, daß nur 56 Patienten genau sagen konnten, wie sie zu ihrer Krankheit gekommen sind. 19 Personen kannten die Krankheitsursache nicht und 25 stellten nur Vermutungen an. Bei dem Wissen der Krankheitsursache spielte die Art der Krankheit eine Rolle. Patienten mit Kieferfrakturen oder Amelogenesis imperfecta konnten auf Anhieb den Grund ihrer Krankheit nennen. Anders war es z.B. bei den Parodontopathien und den Kiefergelenkserkrankungen. Zwei Drittel (6) der Patienten mit Abszessen kannte die Ursache, während einer = 11,1% sie nicht wußte und zwei = 22,2% nur Vermutungen anstellten. Ähnlich verhielt es sich bei den Patienten mit einer Osteomyelitis. Die Hälfte (4) kannte die Entstehungsursache, die andere Hälfte kannte sie nicht (1 = 12,5%) oder vermutete sie nur (3 = 37,5%). Unwissenheit herrschte auch bei einigen Patienten mit Zysten und retinierten Zähnen über die Entstehungsursache. Ein Drittel (6) aller Personen mit Parodontopathien wußte nichts über die Ursache ihrer Krankheit, und ein weiterer Teil (7 = 38,9%) trug nur Vermutungen mit sich. Interessant war, daß die Hälfte der Frauen, die von einer Zahnfleischerkrankung betroffen war, nichts wußte,

während nur einer = 12,5% der Männer das Wissen verneinte. Von ihnen stellten 5 = 62,5% Vermutungen über die Entstehungsursache an. Patienten mit Kiefergelenkerkrankungen stellten zu 9 = 64,3% Vermutungen an, während nur 3 = 21,4% die Entstehungsursache wußten oder 2 = 14,3% nicht wußten.

5.2. Seelische Ursachen

Aus einschlägigen Untersuchungen läßt sich entnehmen, daß seelische Faktoren einen bedeutenden Einfluß auf das Krankheitsgeschehen haben. Dazu gehören z.B. Herzneurosen, Magen-Darm-Neurosen, Hyperventilationsstörungen, Opstipation oder Organkrankheiten, wie Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür, Bronchialasthma und manche Haut-ekzeme. Wir wissen aus der Sozialforschung und aus der Psychoanalyse, daß unsere gesellschaftlichen Strukturen bis hinab zur Familie durchsetzt sind von Spannungen und Konfliktfeldern, die auf verschiedene Weise pathogen wirken.

Im Bereich der Zahnheilkunde gibt es sehr wenige Krankheiten, die durch psychische Faktoren ausgelöst werden können. Nur 2 Patienten konnten mit Sicherheit sagen, daß ihre Krankheit seelisch bedingt sei. Es handelte sich dabei um Personen, die in einer gespannten Lebenssituation steckten. Sie litten an einer Parodontopathie. 81 Patienten wußten mit sicherer Gewißheit, daß ihre Krankheit nicht durch seelische Erlebnisse hervorgerufen worden war. Es ist jedoch interessant, daß 14 es für "möglich" hielten. Drei äußerten sich nicht deutlich; sie wußten es nicht genau. Bei den beiden zuletzt genannten Gruppen handelte es sich ausschließlich um Patienten mit Parodontopathien oder Kiefergelenkserkrankungen. 5 = 27,8% Patienten mit einer Parodontopathie hielten es für möglich, daß ihre Krankheit mit seelischen Vorgängen in Zusammenhang stand. Von den Patienten mit einer deformierenden Arthropathie waren es sogar 9 =

64,3%.

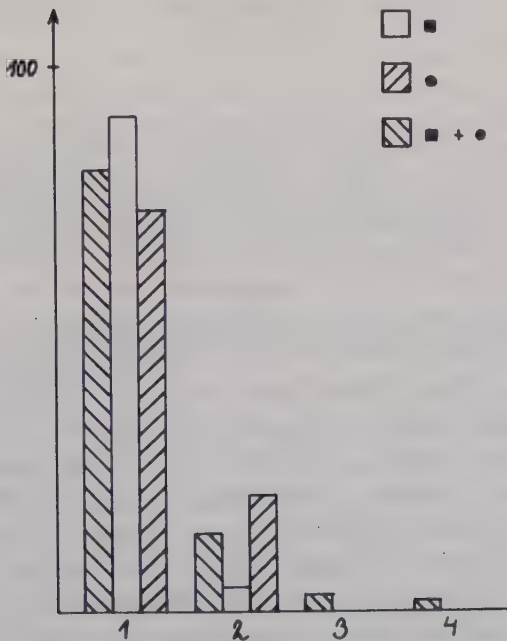
Auffällig ist, daß Frauen seelische Ursachen öfter für möglich hielten als die Männer, siehe Abbildung 35. Dieses Ergebnis wurde dadurch hervorgerufen, daß 13 = 92,9% der Patienten mit einer deformierenden Arthropathie weiblichen Geschlechts waren.

Abb. 35: Abhängigkeit der seelischen Ursache vom Geschlecht

Abszisse: Seelische Ursache

1. nein
2. möglich
3. weiß nicht
4. ja

Ordinate: Prozent



Bei den Arbeitern war die Zahn-, Mund- und Kieferkrankheit in keinem Fall seelisch bedingt. Hausfrauen (5 = 18,5%), mittlere Beamte und Angestellte (5 = 20,8%) sowie Schüler und Studenten (2 = 10%) behaupteten mehrfach, daß ihre Erkrankung durch psychische Einflüsse entstanden sein könnte.

5.3. Umwelt als Ursache

65 Patienten schlossen die Umwelt als Ursache ihrer Krankheit aus, und zwar sehr viel mehr Frauen (44 = 77,2%) als Männer (21 = 48,8%). Das männliche Geschlecht erlitt in größerer Zahl (15 = 34,9%) seine Krankheit durch einen Unfall (Kieferfrakturen). Es handelte sich dabei vorwiegend um junge ledige Männer. Dem gleichen Geschlecht und Alter gehörten 2 = 25% der Patienten an, die durch Ansteckung eine Parodontopathie davontrugen.

5.4. Erbllichkeit

Der größte Teil der Patienten mit Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten litt an nicht genetisch bedingten Krankheiten. Es waren Erkrankungen, die durch die Umwelt, durch seelische Einflüsse und durch Vernachlässigung der Zahnpflege und Kontrolle entstanden waren. Bei unseren Patienten wurde in acht Fällen die Krankheit vererbt. Fünf von ihnen waren mit einer Schmelzhypoplasie, der Amelogenesis imperfecta, behaftet. Drei Patienten zeigten Stellungsanomalien, die sie von ihren Eltern vererbt bekommen hatten. In einem Fall von Stellungsanomalie war die Vererbung fraglich. Bei zwei Patienten, die retinierte Zähne im Kiefer liegen hatten, war es nicht sicher, ob ihre Anomalie durch Vererbung entstanden war. Sie konnten keine Aussagen darüber machen, ob gleichwertige Beobachtungen in der Familie gemacht worden waren. In der Literatur gibt es Fälle, wo die Retention vererbt worden war.

6. Verantwortung am Entstehen der Krankheit

6.1. Trägt der Patient selber die Verantwortung?

18 Patienten des Untersuchungsgutes gaben zu, daß sie selber am Entstehen der Krankheit Schuld hatten. Es handelte sich dabei um Patienten mit Kieferfrakturen, Parodontopathien, Abszessen und einem Lappenfibrom. 6 Patienten trugen unbewußt die Verantwortung für die Zahn-, Mund- und Kieferkrankheit. Sie waren von Parodontopathien, Kiefergelenkserkrankungen oder Abszessen befallen. Zwei Patienten meinten, daß sie durch eigene Fahrlässigkeit zu dieser Krankheit gekommen seien. Ein prägnanter Unterschied zwischen den Aussagen der beiden Geschlechter war nicht zu finden. Es fällt jedoch auf, daß vornehmlich ledige junge Männer zu einem hohen Prozentsatz (5 = 20%) selber die Verantwortung für das Entstehen ihrer Krankheit trugen, ebenso verheiratete Frauen (4 = 14,3%). Die Männer erlitten in den meisten Fällen durch selbstverschuldete Autounfälle oder Schlägereien Kieferfrakturen. Erstaunlich ist, daß 5 Patienten mit Abszessen (55,6% dieser Krankheitsgruppe) sich nicht verantwortlich fühlten, obwohl diese eindeutig durch ihr Versäumnis entstanden war.

6.2. Haben andere Personen Schuld am Entstehen der Krankheit?

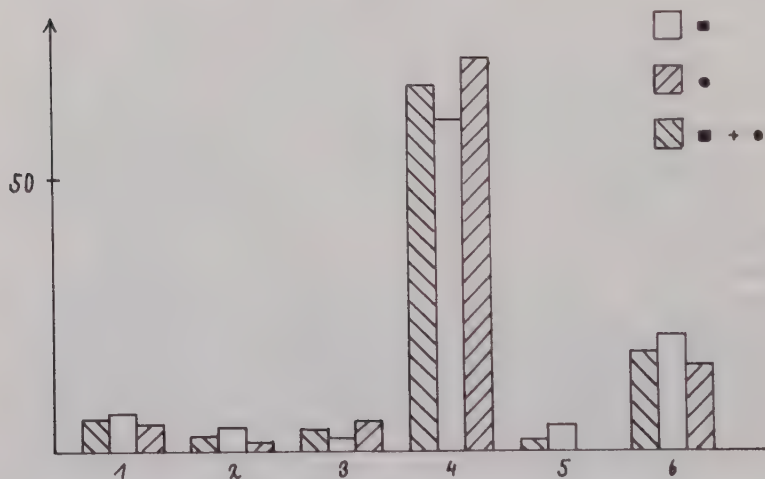
67 Patienten machten niemanden verantwortlich für ihre Krankheit. 31 gaben die Schuld anderen Leuten (Abbildung 36). Männer (15 = 34,9%) beschuldigten andere Personen öfter als Frauen (16 = 28,1%). Sogar 2 = 4,7% waren der Ansicht, daß die Krankheit von anderen bewußt gewollt war. Diese Meinung vertraten vornehmlich junge ledige Männer. Mehr verheiratete (5 = 27,8%) als ledige (4 = 16%) Männer schoben die Verantwortung für ihre Erkrankung auf andere.

Abb. 36: Abhängigkeit der Verantwortung anderer am Entstehen der Krankheit vom Geschlecht

Abszisse: Verantwortung anderer

1. fahrlässig
2. gewollt
3. unbewußt
4. nicht verantwortlich
5. unsicher
6. ja

Ordinate: Prozent



Zu den Krankheiten, die nach Meinung der Patienten durch die Schuld anderer entstanden waren, zählten vor allem Kieferbrüche, z.T. Parodontopathien, Kiefergelenkserkrankungen, Amelogenesis imperfecta und die Stellungsanomalien. Die beiden zuletzt genannten Krankheiten wurden durch Vererbung übertragen. Patienten mit diesen Erkrankungen gaben ihren Eltern nicht direkt die Schuld am Entstehen ihres Leidens. In keinem Fall machten sie ihnen deswegen Vorwürfe.

7. Welche Sorgen beschäftigen die Patienten hauptsächlich während der Krankheit?

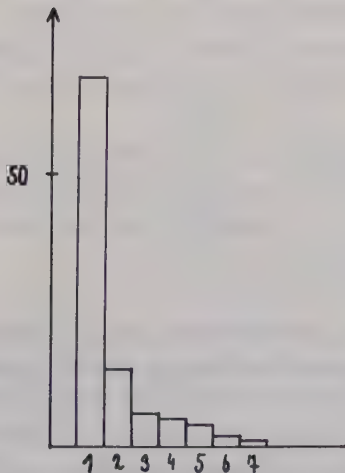
Da die meisten Patienten nicht unbedingt "physisch" krank waren, lag es 68 von ihnen am Herzen, von den Beschwerden befreit zu werden. 14 machten sich Sorgen um ihre zukünftige Gesundheit (Abbildung 37).

Abb. 37: Hauptsorge der Patienten

Abszisse: Hauptsorge

1. Befreiung von Beschwerden
2. zukünftige Gesundheit
3. Schicksal der Familie
4. Aussehen
5. keine
6. Behinderung im Beruf
7. zukünftige wirtschaftliche Situation

Ordinate: Prozent



Es ist auffällig, daß erstens nur die Frauen sich Sorgen machten um ihr Aussehen und zweitens viel mehr ledige (4 = 15,4%) als verheiratete (1 = 3,6%). Es

handelte sich dabei nur um Patientinnen im Alter von 11-25 Jahren. Diese Daten dokumentieren, daß das "Aussehen" eine Sorge sein kann im Hinblick auf die spätere Partnerwahl.

Verheiratete Frauen sahen auch zu einem großen Teil (6 = 21,4%) die zukünftige Gesundheit und das Schicksal der Familie (4 = 14,3%) vor Augen. Von den verheirateten Männern dachte nur einer = 5,6% an das Schicksal der Familie. Die Einstellung von Frau und Mann zur Familie ist also unterschiedlich. Die Frau zeigt eine stärkere Bindung zur Familie als der Mann.

Die Angst um die zukünftige Gesundheit nahm mit dem Alter zu, sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen.

Obwohl immer die Befreiung von Beschwerden als "Hauptsorge" im Vordergrund stand, konnte man zwischen dieser und der Art der Familienabhängigkeit eine Beziehung feststellen. In den Fällen, wo die Familie vom Verdienst des Patienten, von dessen Hilfe zu Hause oder dessen Hilfe für den Partner abhängig war, hatte der zweitgrößte Teil dieser Gruppen Sorgen, die die zukünftige Gesundheit und das Schicksal der Familie anbetrafen (Tabelle 14).

Patienten mit zunehmender Zahl von Kindern machten sich neben der Befreiung von Beschwerden am häufigsten Sorgen um ihre zukünftige Gesundheit und das Schicksal ihrer Familie (Tabelle 15).

8. Welchen seelischen Belastungen sind die Patienten im Blick auf die gesundheitliche Zukunft ausgesetzt?

Der überwiegende Anteil der Patienten (63) machte keine genauen Angaben über die Belastungen, die eventuell in ihrem zukünftigen Leben auftreten würden, hervorgerufen durch die Zahn-, Mund- und Kieferkrankheit. 21 Personen hatten Angst, daß eine Verschlechterung ihres Zustandes eintreten würde. Weitere 7 fürchteten um ihre Gesundheit,

Tabelle 14
Sorgen in Abhängigkeit von der Familienabhängigkeit der Patienten

Familienabhängigkeit	Sorge						
	1	2	3	4	5	6	7
	Befreiung von Beschwerden (68)	Behinderung im Beruf (2)	Zukünftige Gesundheit (14)	Zukünftige wirtschaftl. Situation (1)	keine (4)	Schicksal der Familie (6)	Aussehen (5)
1. Verdienst	11= 57,9%	1=5,3%	3=15,8%	1=5,3%	1=5,3%	2=10,5%	-
2. Hilfe zu Hause	13= 61,9%	-	4=19,1%	-	-	4=19,1%	-
3. sonst. Leistung	2=100,0%	-	-	-	-	-	-
4. nicht abhängig	40= 72,7%	1=1,8%	6=10,9%	-	3=5,5%	-	5=9,1%
5. Hilfe für Partner	2= 66,7%	-	1=33,3%	-	-	-	-

Tabelle 15

Sorge in Abhängigkeit von der Kinderzahl

Kinderzahl	Sorge	Befreiung von Beschwerden	Zukünftige Gesundheit	Schicksal der Familie
1. keine		45= 73,8%	7=11,5%	-
2. eins		12= 66,7%	3=16,7%	2=11,1%
3. zwei		6= 42,9%	3=21,4%	3=21,4%
4. drei		3= 60,0%	1=20,0%	1=20,0%
5. vier/fünf		2=100,0%	-	-

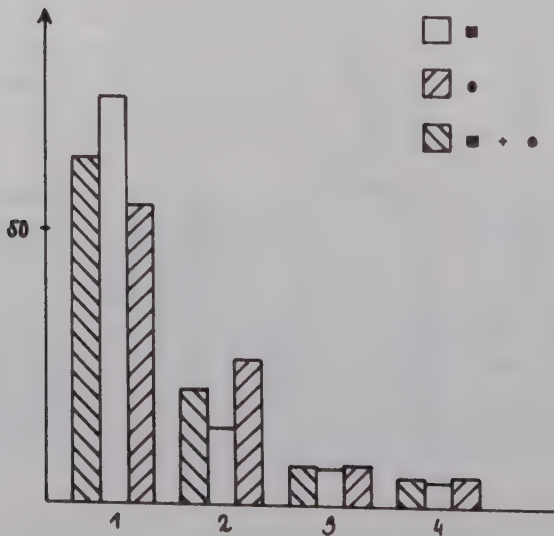
und 5 bedrückte die Not der Abhängigen. Abbildung 38 stellt die prozentuale Verteilung der "Hauptlast" dar.

Abb. 38: Abhängigkeit der subjektiven Hauptlast vom Geschlecht

Abszisse: Subjektive Hauptlast

1. keine genauen Angaben
2. Verschlechterung des Zustandes
3. nicht mehr gesund werden
4. Not der Abhängigen

Ordinate: Prozent



Außerdem läßt sich aus Abbildung 38 ablesen, daß mehr Männer (32 = 74,4%) als Frauen (31 = 54,4%) keine genauen Angaben zur "Hauptlast" machten. Daraus kann man schließen, daß das männliche Geschlecht seiner Zukunft unbekümmerter gegenübersteht als das weibliche und daß die Frauen eine größere Mitteilungsbereitschaft aufweisen. Diese Eigenschaft wird noch deutlicher, wenn man nur die Aussagen der Hausfrauen betrachtet: 11 = 40,7% dieser Berufsgruppe nannte keine Hauptbelastung.

Frauen befürchteten in 15 = 26,3% Fällen eine Verschlechterung ihrer Krankheit. Zwar gibt es auch Männer, die diese Last mit sich trugen, aber es waren weitaus weniger (6 = 14%). Hier zeigt sich wieder, daß die Frauen im allgemeinen pessimistischer urteilen, wie wir es schon auf Seite 61 feststellten.

Die Angst, nicht mehr gesund zu werden, wurde mit zunehmendem Alter häufiger genannt (Abbildung 39), ebenso die Verschlechterung des Zustandes (Abbildung 40).

Die Not der Abhängigen belastet vornehmlich Patienten mit Kindern.

Zur Hilfe für den Partner fühlten sich anscheinend nur Frauen (3) verpflichtet, denn kein Mann gab an, daß seine Frau ihn brauchte.

Allein Patienten mit Parodontopathien und Kiefergelenkerkrankungen gaben in einem hohen Prozentsatz an (5 = 27,8% bzw. 10 = 71,4%), daß sie mit einer Verschlechterung ihres Zustandes rechneten. Auffällig ist, daß 4 = 50% der Patienten mit einer Osteomyelitis der Meinung waren, nicht mehr gesund zu werden oder daß sich ihr jetziger Zustand verschlechtern würde. Die Patienten mit Tumoren trugen auch die Last mit sich, eventuell nicht mehr gesund zu werden oder eine Verschlechterung ihres Zustandes hinnehmen zu müssen. Parodontopathien, Kiefergelenkerkrankungen und die Osteomyelitis führten zu stärkeren Belastungen als kurzdauernde, akute Erkrankungen.

Neben der subjektiven Belastung der Patienten beurteilte

Abb. 39: Abhängigkeit der subjektiven Hauptlast,
"nicht mehr gesund zu werden", vom Alter
Abszisse: Altersgruppen
Ordinate: Prozent

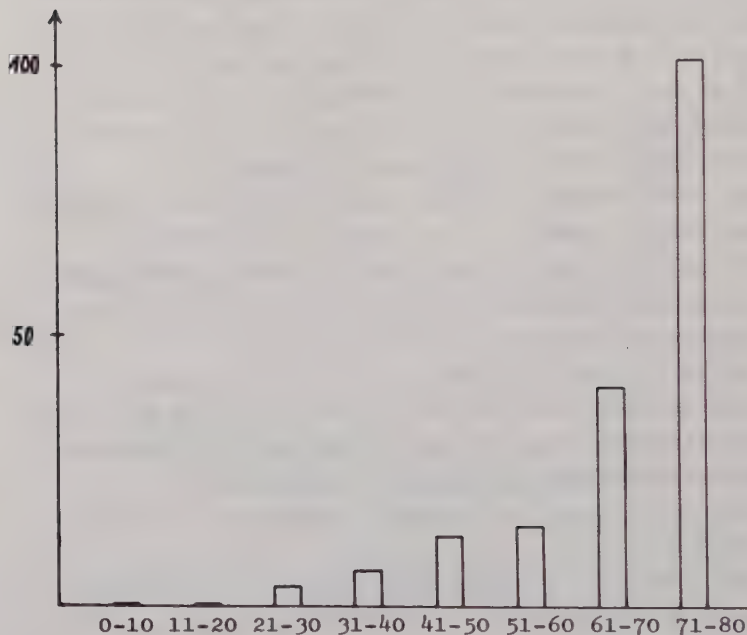
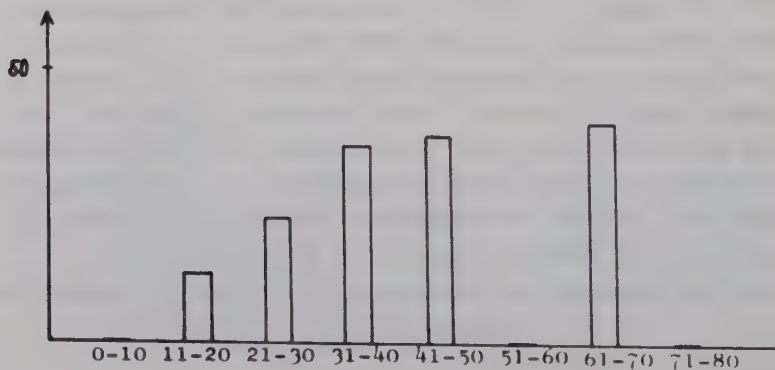


Abb. 40: Abhängigkeit der subjektiven Hauptlast
"Verschlechterung des Zustandes" vom Alter
Abszisse: Altersgruppen
Ordinate: Prozent



ich ebenfalls "objektiv" die "Hauptlast". Dabei war mein Gefühl maßgebend, ob die Patienten wirklich von dieser Belastung betroffen waren oder nicht. Bei acht Patienten unterschieden sich die subjektive von der objektiven "Hauptlast":

Fall 1: Ein 18jähriges Mädchen, das bei einem Autounfall einen Kieferbruch erlitten hatte und einige Schnittwunden im Gesicht davontrug, erklärte mir, daß es sich unbeschwert fühle und im Moment keine Belastung hinsichtlich der Zukunft tragen würde. Bei unserem Gespräch gewann ich aber eher den Eindruck, daß es, da es noch ledig war, Angst hatte um sein späteres Aussehen. Mir gegenüber trat es emanzipiert auf. Vielleicht versuchte es, seine Angst damit zu überspielen.

Fall 2: Einer 42jährigen ledigen Arbeiterin wurde eine Oberkieferzyste entfernt. Mir gab sie als Belastung an, daß sie um ihren Krankheitszustand bangte. Sie rechnete fest mit einer Verschlechterung. Durch ihre Unwissenheit war sie der Meinung, daß man ihr ein Karzinom entfernt hätte (Karzinophobie). Nach meinem Eindruck trug diese Patientin noch eine sehr viel negativere Belastung mit sich, und zwar befürchtete sie, infolge des "Krebses" nie mehr gesund zu werden. Die Kranke begann schon mit dem Leben abzuschließen.

Fall 3: Einer 50jährigen Hausfrau war ein retinierter Zahn operativ entfernt worden. Sie erklärte mir, daß sie Angst hätte, nicht mehr gesund zu werden, da der Eingriff anschließend zu starken Beschwerden führte. An und für sich stellt die Entfernung eines retinierten Zahnes keine allzu große Schwierigkeit dar, so daß ich mich wunderte, daß die Patientin um ihre zukünftige Gesundheit Angst hatte. Während ich der Patientin noch mehrere Fragen stellte, kam ich zu dem Eindruck, daß sie unter "Zeitdruck" stand. Sie dachte daran, so schnell wie möglich aus dem Krankenhaus entlassen zu werden, um sich ihren unversorgten Enkeln wieder wid-

men zu können.

Fall 4: Der 35jährige Patient war an einer Osteomyelitis erkrankt. Mir erzählte er, daß ihn seine zukünftige Gesundheit belasten würde. Er war der Meinung, daß er nie mehr richtig gesund würde. Andererseits gewann ich den Eindruck, daß sich der Patient mit seiner Krankheit bei mir "in den Vordergrund" spielen wollte, denn aus seinem Reden entnahm ich ziemlich eindeutig, daß seine Krankheit mit Penicillin-Präparaten zum Stillstand gebracht werden könnte. Mit diesem Wissen konnte er sehr wohl annehmen, daß seine Erkrankung ausgeheilt würde.

Fall 5: Eine 66jährige Hausfrau war zum zweiten Male wegen ihres Tumors in der Zahnklinik. Vor 5 Jahren hatte man ihr ein Zylindrom im Oberkiefer entfernt. Dabei wurden auch Teile des Oberkiefers weggenommen. Nun traten erneut Schwellungen im Gesichtsbereich auf, Rezidive. Die besondere Belastung, die sie mir nannte, war eine eventuelle Verschlechterung ihres Zustandes. Indirekt dachte sie aber dabei an ihre Familie, die ohne sie nicht auskommt. Denn eine Verschlechterung ihres Krankheitszustandes würde wieder einen Krankenhausaufenthalt bedeuten und somit ein Fernbleiben von zu Hause.

Fall 6: Eine 22jährige Angestellte litt an einer Pseudarthrose des Unterkiefers. Momentan bedrückte sie nach ihren Aussagen nichts, was ihre Krankheit anbetraf. Sie fühlte sich also durch nichts belastet. Doch merkte man ihr an, daß die Ungewißheit über ihre Erkrankung ihr Kummer bereitete. Sie gab es nur nicht zu. Vor zwei Jahren trug sie durch einen Fasthieb einen Kieferbruch davon, und zu dem Zeitpunkt der Befragung war die Gesundheit noch immer nicht wieder vollends hergestellt. Sie hatte Angst, daß durch irgendwelche ungewissen Maßnahmen des Arztes ihr Kind unversorgt allein zu Hause bleiben mußte.

Fall 7: Ein 39jähriger Handwerker erlitt nach Einnahme von Penicillintabletten eine Gingivitis ulcerosa. Es stellte sich heraus, daß er schon öfter diese allergische Reaktion auf Penicillinpräparate gezeigt hatte. Der Patient gab mir zu verstehen, daß er durch die zukünftige Verschlechterung seines Zustandes starken Belastungen ausgesetzt sei. Doch meinem Gefühl nach sah dieser Patient noch sehr viel "schwärzer", als er mir erzählte. Er war der Meinung, nie mehr gesund zu werden. Da er sehr strenggläubig war, mußte er sein Schicksal von Gott gegeben annehmen. Doch fiel es ihm schwer, dies zu schaffen.

Fall 8: Es handelte sich um eine 46jährige Hausfrau, die ebenfalls an einer Parodontopathie erkrankt war. Mir erzählte sie, daß sie wahnsinnige Angst vor einer Verschlechterung ihres Zustandes hätte, da sie schon einige Jahre an dieser Erkrankung litt. Die Gingivitis war als Begleiterscheinung einer inneren Krankheit aufgetreten, deren Ursache unbekannt war und bei der die Ärzte sich auch nicht ganz im klaren waren. Da ihre Krankheit noch immer keine Fortschritte machte (seit 4 Jahren), fürchtete sie nicht eine Verschlechterung des Zustandes, wie sie mir erzählte, sondern sie hatte große Angst vor ihrem späteren Leben. Das war eher mein Eindruck von ihrer tatsächlichen Belastung. Ihr Mann und die Kinder hatten ihre Krankheit "satt" und gingen auf ihr "Unglück" nicht ein. Sie hatte niemanden, mit dem sie sich aussprechen konnte.

9. Einstellung zur Defektheilung

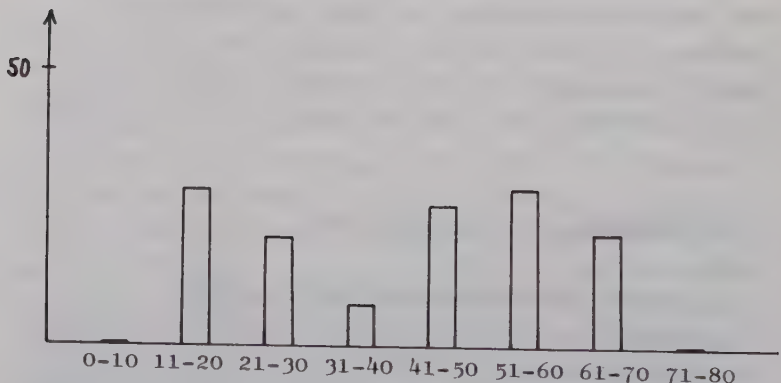
9.1. Eigene Einstellung zur Defektheilung

Mit dieser Fragestellung wollte ich klären, inwieweit die Patienten mit einem Defekt leben konnten, der durch ihre Krankheit entstanden war. Der Defekt bei

Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten kann den Verlust von Zähnen und Kieferteilen, von Narbenzügen im Gesicht usw. bedeuten. 65 Patienten würden sich nach eigenen Angaben wahrscheinlich mit solch einem Defekt abfinden, während 21 ihn als störend und unangenehm hinnehmen würden. 6 Probanden konnten eine Defektheilung nicht ertragen und weiteren 6 war es vollkommen gleichgültig, ob die Krankheit mit oder ohne Defekt ausging. Nur 2, und zwar verheiratete ältere Frauen, waren der Meinung, daß der Defekt nicht wichtig sei, sondern ihr Leben.

Die Einstellung zur Defektheilung war abhängig vom Alter. Am stärksten störend und unangenehm fanden es Patienten im Alter von 11-20 Jahren und 51-60 Jahren. Die Dezenien, die dazwischen liegen, äußerten zwar auch, daß die Defektheilung störend wäre, jedoch war der Prozentsatz mit dieser Meinung nicht allzu groß (Abbildung 41).

Abb. 41: Abhängigkeit der Einstellung zur Defektheilung: "störend, unangenehm" vom Alter
Abszisse: Altersgruppen
Ordinate: Prozent



Überraschend und umgekehrt erwartet, kamen wir zu dem Ergebnis, daß katholische Patienten weniger (10 = 55,6%) als evangelische (54 = 67,5%) sich mit einer Defektheilung abfinden würden.

Die Defekte, die bei den Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten auftreten können, sind unterschiedlicher Natur und Schwere. Patienten mit Defekten bei Kieferfrakturen, Abszessen und Osteomyelitis würden sich nicht so leicht abfinden wie Patienten mit Parodontopathien oder Kiefergelenkserkrankungen, d.h., je ernster das Krankheitsbild aussieht, um so weniger würden sich die Patienten mit einer Defektheilung abfinden.

9.2. Einstellung anderer zur Defektheilung

Wie sind andere Personen, Bekannte, Verwandte und Freunde der Patienten zu einer etwaigen Defektheilung bei sich selber eingestellt nach überstandener Krankheit? Natürlich stehen Personen, die von einer Krankheit betroffen sind, einer Defektheilung anders gegenüber als solche, die momentan keine Anzeichen von Krankheit in sich tragen. Ein hoher Prozentsatz (85) der Außenstehenden würde sich nach Meinung der Patienten mit einer Defektheilung wahrscheinlich abfinden. Nur 8 der "anderen" würden die Erkrankung am eigenen Leibe als störend und unangenehm ansehen.

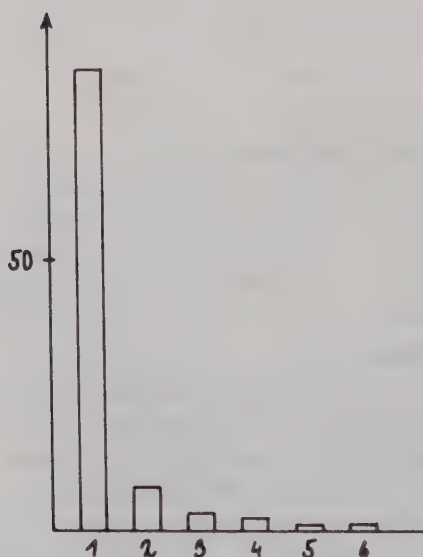
3 Patienten fanden, daß andere der Defektheilung bei sich gleichgültig gegenüberstehen würden, und 2 meinten, daß die Defektheilung von anderen als unerträglich hingenommen würde. Nur eine Patientin gab an, daß ihre Bekannten genauso wie sie die Defektheilung nicht als wichtig ansahen, sondern daß das Leben die Hauptsache sei (Abbildung 42).

Abb. 42: Einstellung anderer zur Defektheilung

Abszisse: Einstellung anderer zur
Defektheilung

1. wahrscheinlich damit abfinden
2. störend, unangenehm
3. gleichgültig
4. unerträglich
5. nicht wichtig, Hauptsache leben
6. unentschieden

Ordinate: Prozent



10. Einstellung zur chronischen Krankheit

10.1. Eigene Einstellung zur chronischen Krankheit

Es gibt nur wenige Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, die man als chronisch bezeichnen kann. Dazu gehören vielleicht einige Fälle mit einer Parodontopathie oder Kiefergelenkserkrankung. Die meisten Krankheiten im Bereich des Mundes sind akuter Natur.

Erstaunlich ist, daß der größte Teil der befragten Patienten (75) sich mit einer chronischen Krankheit ab-

finden würde. 11 empfänden sie als unerträglich und 8 als lästig. Gleichgültigkeit brachten nur jüngere Patienten (11-20 Jahre und 21-30 Jahre) einer chronischen Krankheit entgegen. Bemerkenswert ist, daß die Hausfrauen sich zu 23 = 85,2% mit einer chronischen Krankheit abfinden würden.

Mehr katholische Patientinnen (10 = 90,9%) als evangelische (31 = 68,9%) würden sich mit einer chronischen Krankheit abfinden. Andersherum war es bei den Männern. Hier überwog der Anteil der evangelischen Männer (28 = 80%) den der katholischen (4 = 57,1%). Mehr protestantische (10 = 12,5%) Patienten als katholische (1 = 5,6%) sahen eine chronische Krankheit als unerträglich an.

Die Einstellung zur chronischen Krankheit hängt auch von der Dauer der Krankheit und dem Geschlecht ab. Bei den Männern nahm die Unerträglichkeit der Erkrankung mit der Dauer derselben zu, während es bei den Frauen genau umgekehrt war (Tabelle 16).

Tabelle 16

Unerträglichkeit einer chronischen Krankheit in Abhängigkeit von der Dauer der Krankheit und dem Geschlecht

Dauer	M + F	M	F
0 - 1 Monat	5=16,1%	1= 5%	4=36,4%
über 1 M - 3 Monate	3=11,5%	2=20%	1= 6,3%
über 3 M - 6 Monate	1=10,0%	1=25%	-
über 6 M - 1 Jahr	1=11,1%	1=25%	-
über 1 Jahr	1= 4,2%	-	1= 5,3%

Je länger sie daran schon litten, desto weniger unerträglich fanden sie es, sondern es wurde für sie nur gleichgültig und lästig. Gleichgültigkeit gegenüber der Krankheit fanden wir nur bei Patienten, deren Erkrankung schon über ein Jahr bestand; dabei handelte es sich um

nicht allzu ernste Krankheitsbilder (Zysten, Stellungsanomalien, Pseudarthrose).

Die Mehrzahl einer jeden Krankheitsgruppe würde sich mit einer chronischen Krankheit abfinden. Interessant ist, daß ein relativ hoher Prozentsatz der Patienten mit akuten Erkrankungen eine chronische Krankheit unerträglich fänden.

10.2. Einstellung anderer zur chronischen Krankheit

Die Patienten sollten uns mitteilen, wie sich nach ihrer Meinung ihre Bekannten gegenüber einer chronischen Krankheit verhalten würden. Erwartungsgemäß waren 89 der Meinung, daß "andere" außenstehende Personen, Bekannte und Verwandte, der Ansicht seien, daß man sich mit einer chronischen Krankheit abfinden müßte. Bekannte von katholischen Patienten waren zu 18 = 100% ebenfalls dieser Auffassung, während nur 69 = 86,3% evangelische diese Meinung bekräftigten. Wiederum stellen wir fest, daß Personen, die momentan nicht an einer Krankheit leiden, diese weniger unerträglich einstufen als Patienten, die davon betroffen sind.

Mit der Krankheitsdauer erhöht sich die Gleichgültigkeit und die Lästigkeit einer chronischen Krankheit.

11. Hat die Lebensweise der Patienten etwas mit ihrer Krankheit zu tun?

11.1. Vergangene Lebensweise

96 Patienten gaben an, daß ihre Krankheit nichts mit ihrer Lebensweise zu tun hätte. Zwei bereuten, daß sie nicht öfter zum Zahnarzt gegangen seien. Es handelte sich um einen 57jährigen Mann mit einem Abszeß und einer 51jährigen Frau mit einer Parodontopathie. Weitere zwei Personen waren der Meinung, daß sie gesünder hätten le-

ben müssen, ein 31jähriger Mann und eine 46jährige Frau mit einer Parodontopathie.

11.2. Zukünftige Lebensweise

Die Patienten mit Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten wollten ihr Leben nach überstandener Krankheit nicht ändern. Der einzige Unterschied zu früher sollte in Zukunft ein regelmäßiger Zahnarztbesuch sein. Nur zwei hatten vor, gesunder zu leben, und zwar handelte es sich dabei um Patienten, die an einer Parodontopathie litten. Es gab aber auch Probanden, die sich vollkommen umstellen wollten. Ihr zukünftiges Leben sollte mehr Schwung beinhalten. Diese Reaktion scheint für ZMK-Kranke etwas übertrieben. Nur junge Menschen, die durch Autounfälle Kieferfrakturen erlitten und dabei knapp am Tod vorbeigingen, wollten ihr zukünftiges Leben so gestalten.

12. Angst vor dem Zahnarzt und Zahnarztbesuch

26 Patienten bejahten die Angst, während 74 ihre Schwäche nicht zugaben. Noch bemerkenswerter ist, daß weniger Männer (7 = 16,3%) als Frauen (19 = 33,3%) Angst hatten (Abbildung 43).

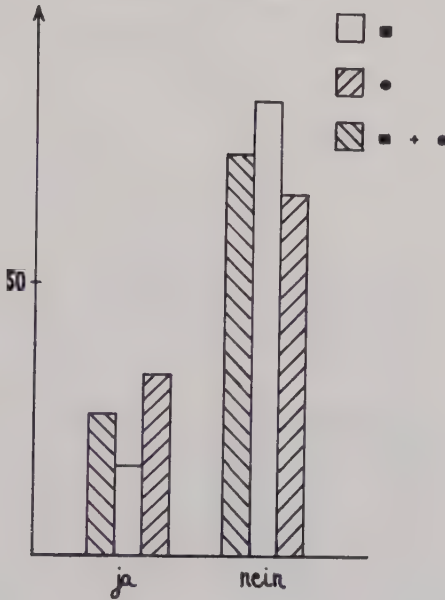
Regelmäßig zum Zahnarzt gingen 49 Patienten, und zwar 30 = 52,6% Frauen und 19 = 44,2% Männer.

Setzt man die Angst der Patienten in Relation zur Häufigkeit des Zahnarztbesuchs (Tabelle 17), so stellt man fest, daß 25 Patienten nur zum Zahnarzt gingen, wenn sie Schmerzen spürten, obwohl sie angeblich keine Angst hatten. Unter dieser Gruppe befanden sich mehr Männer (13 = 30,2%) als Frauen (12 = 21,1%). Ledige Frauen (16 = 61,5%) gingen regelmäßiger zum Zahnarzt als ledige Männer (9 = 36%). Abbildung 44 verdeutlicht uns, daß auch ein Zusammenhang besteht

Tabelle 17
Beziehung zwischen Angst vor dem Zahnarzt und Zahnarztbesuch

	Patienten haben Angst und 1. gehen nur bei Schmerzen zum Zahnarzt		2. gehen regelmäßig zum Zahnarzt		3. Patienten haben keine Angst und gehen regelmäßig zum Zahnarzt		4. gehen nur bei Schmerzen zum Zahnarzt	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Kieferfrakturen	2	3	-	-	10	3	2	2
Parodontopathien	3	2	-	-	2	5	3	3
Kiefergelenkserkr.	-	1	-	1	-	9	1	2
Abszeß	1	2	-	-	2	1	3	-
Osteomyelitis	1	2	-	-	3	1	1	-
Zyste	-	2	-	-	1	1	1	1
Amelogen.	-	-	-	-	1	1	1	2
Stellungsanomalien	-	-	-	1	-	3	-	1
Retinierte Zähne	-	1	-	1	2	-	-	-
Tumor	-	-	-	1	-	-	-	1
Sonstige	-	2	-	-	2	2	1	-
absolut	7	15	-	4	23	26	13	12
prozentual	16,3	26,3	-	7	53,5	45,6	30,2	21,1
(M+F)	22		4		49		25	

Abb. 43: Abhängigkeit der Angst vor dem Zahnarzt
Abszisse: Angst
Ordinate: Prozent



zwischen der Schulbildung der Patienten und dem Zahnarztbesuch. Erstaunlich ist, daß die Patienten mit Universitätsbildung den erwarteten Prozentsatz nicht erfüllen.

13. Einstellung zur Zahnlosigkeit

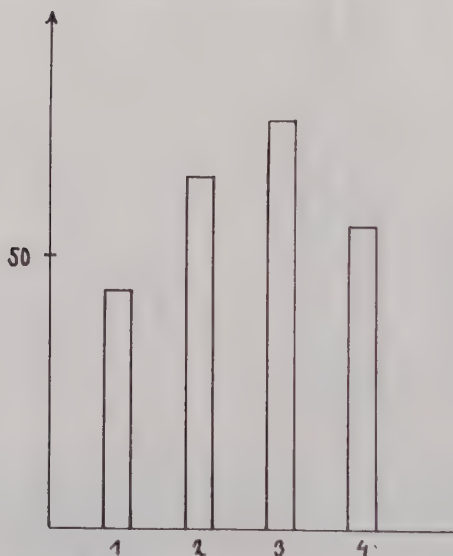
Den größten Anteil bildeten die Patienten (31), die eine Zahnlosigkeit als unerwünscht sahen. 17 Patienten, meistens Frauen (14 = 24,6%), fanden den Gedanken daran unvorstellbar (M = 3 = 7%). 15 waren der Meinung, daß man sich damit abfinden müßte. Diese Ansicht vertraten 12 = 27,9% Männer und nur 3 = 5,3% Frauen. 13 hatten sich noch keine Gedanken über dieses Problem gemacht,

Abb. 44: Abhängigkeit der Regelmäßigkeit des Zahnarztbesuches von der Schulbildung

Abszisse: Schulbildung

1. Volksschule
2. Mittel- und Realschule
3. Gymnasium
4. Universität

Ordinate: Prozent

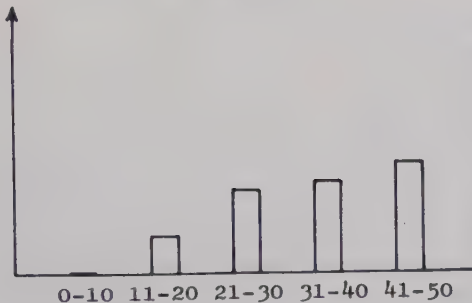


und zwar 8 = 18,6% Männer und 5 = 8,8% Frauen. Demnach hatten sich die Frauen mit dieser Frage schon etwas intensiver auseinandergesetzt.

14 Patienten trugen Prothesen. Davon kamen 4 = 28,6% schlecht damit zurecht, während der Großteil (10 = 71,4%) mit dem Zahnersatz zufrieden war. Erstaunlich ist, daß 7 Probanden, und zwar 6 = 10,5% Frauen und 1 = 2,3% Männer, die Zahnlosigkeit unerträglich fanden. Allein drei Patienten war es gleichgültig, ob sie Zähne im Mund hatten oder nicht. Es waren ausschließlich Männer.

Von den Patienten im Alter von 21-30 Jahren und 51-60 Jahren war der Anteil sehr groß, der sich gegen eine Zahnlosigkeit aussprach. 14 = 45,2% der 21-30jährigen und 3 = 42,9% der 51-60jährigen waren dieser Ansicht. Bei den Frauen fanden wir eine Beziehung zwischen der Unerträglichkeit der Zahnlosigkeit und dem Alter. Je älter die Frauen waren, um so größer war der Prozentsatz, der die Zahnlosigkeit unerträglich fand (Abbildung 45). Je näher also die Patientinnen dem Zeitpunkt der Zahnlosigkeit rückten, um so unerwünschter, unvorstellbarer und unerträglicher wurde es für sie. Patientinnen, die sich noch keine Gedanken über dieses Problem gemacht hatten, gehörten den unteren Dezenien an.

Abb. 45: Abhängigkeit der Einstellung zur Zahnlosigkeit "unerträglich" der Frauen vom Alter
Abszisse: Altersgruppen
Ordinate: Prozent



14. Einstellung zur Prothese

14 Patienten trugen Prothesen. Nicht alle von ihnen (4) waren mit diesem Zahnersatz zufrieden. Sie mußten sich jedoch damit abfinden, denn in den häufigsten Fällen waren sie selber Schuld daran, daß es soweit

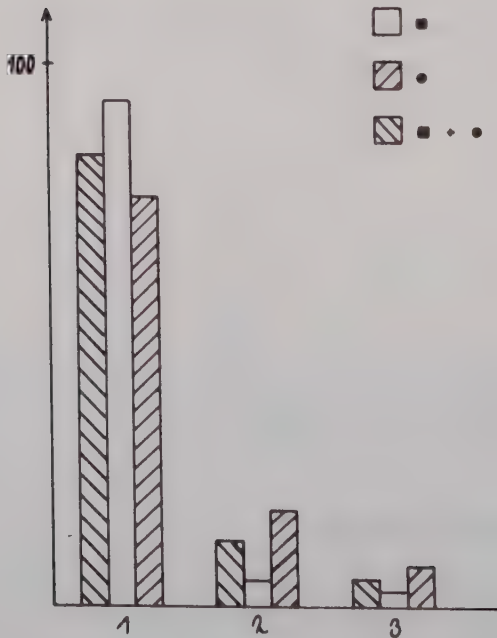
gekommen war. Befragt man die Patienten, was sie zu einer zukünftigen Prothese meinen, so würden sich 83 damit abfinden, weil es ja sein muß. 12, zumeist Frauen, konnten sich an den Gedanken nicht gewöhnen. 5 fanden den Zahnersatz unerwünscht, vornehmlich Frauen (Abbildung 46).

Abb. 46: Abhängigkeit der Einstellung zur Prothese vom Geschlecht

Abszisse: Einstellung zur Prothese

1. man muß sich damit abfinden
2. unerträglich
3. unerwünscht

Ordinate: Prozent



Die jüngeren Leute würden sich eher an eine Prothese gewöhnen als die älteren. Die Unerträglichkeit und Unerwünschtheit eines Zahnersatzes nahm mit dem Alter zu. Von den 51-60jährigen fanden sogar 3 = 42,9% eine Prothese unerträglich.

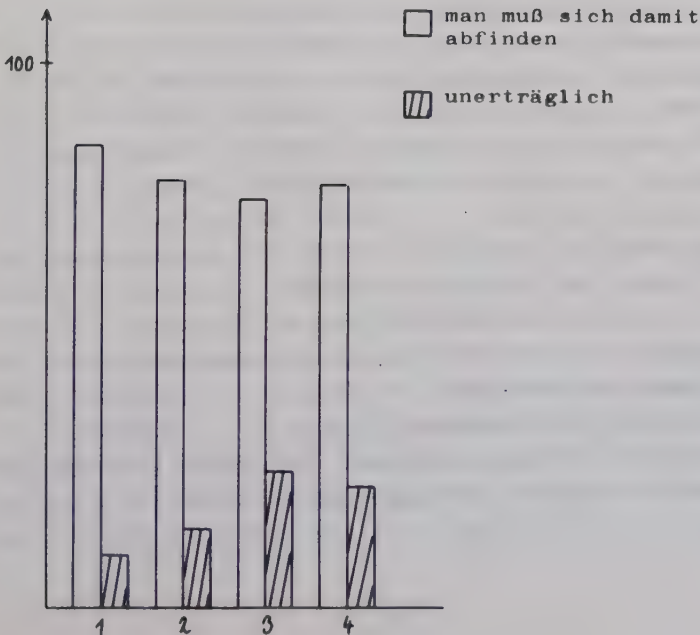
Die Einstellung zur Prothese stand in Beziehung zum Bildungsgrad. Je höher die Schulbildung war, desto größer war der Anteil der Patienten, die eine Prothese unerträglich fanden (Abbildung 47). Je niedriger der Bildungsgrad, um so eher fanden sich die Personen mit einer Prothese ab.

Abb. 47: Abhängigkeit der Einstellung zur Prothese von der Schulbildung

Abszisse: Schulbildung

1. Volksschule
2. Mittel- und Realschule
3. Gymnasium
4. Universität

Ordinate: Prozent



IV. Besprechung des Vorgehens und der Ergebnisse

A. Diskussion der Methodik

Die vorliegende Arbeit stellt eine Datendokumentation dar. Es wurde versucht, anhand einer Befragung von 100 Patienten mit Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten die Einstellung, das Verhalten und Empfinden dieser Personengruppe zu ergründen. Für eine statistische Bearbeitung, die hier nicht bezweckt wurde, wäre die Anzahl der Patienten zu klein. Diese Arbeit soll nur eine Vorstudie sein. Es galt zu klären, ob es Sinn hat, Forschungen in dieser Richtung mit einer größeren Patientenzahl an anderen Kliniken durchzuführen.

Die Bedingung der Auslesefreiheit der Patienten ist nicht erfüllt, da wir nur an "einer" Zahnklinik die Untersuchung durchführten. Von einem einheitlichen Bevölkerungsquerschnitt unseres Patientenkreises können wir nicht reden, da wir es mit kleinstädtischer und Landbevölkerung zu tun haben.

Unser Patientengut bestand aus ambulanten (44) wie stationären Fällen (56). Wir haben bei der Untersuchung keine Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Patienten gemacht, denn bei vielen stationär-behandelten Personen wäre die Behandlung in Praxen freipraktizierender Zahnärzte ambulant durchgeführt worden.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit, besseren Vergleichsmöglichkeit und Aussagekraft wurden die Absolutwerte in Prozentwerte umgerechnet. Die in der Arbeit vorkommenden Prozentangaben stellen abgerundete Werte dar, deren Relevanz durch die begrenzte Größe der Teilkollektive eingeschränkt ist.

Die Auswertung wurde in den meisten Fällen nach Geschlechtern getrennt vorgenommen, da nicht nur die

Krankheitshäufigkeiten geschlechtsabhängig sind, sondern da auch gleiche soziologische Faktoren für einen Mann eine ganz andere Bedeutung haben können als für eine Frau.

Bei der Befragung der Patienten trug ich stets einen weißen Kittel. Unsere Unterhaltung verlief teilweise als Frage und Antwort und teilweise als Gespräch. Durch meine Fragestellung zwang ich den Patienten nie die Antwort auf. In einigen Fällen war es jedoch notwendig, daß ich sie unterstützte. Denn diese Patienten waren nicht fähig, ihre Meinung direkt auszudrücken. Das hängt natürlich ab von dem Bildungsgrad des Kranken. "Was ein Arbeiter ausdrücken (verbalisieren) kann von dem, was er empfindet, z.B. auch bei Krankheit, Schmerz und Angst, ist so total von dem verschieden, was ein "Akademiker" ausdrückt, daß die Auswertung von Aussagen verschiedener sozialer Schichten, also auch die Ermittlung vieler nur erfragbarer sozialer Tatsachen, auf nicht überwindbare Schwierigkeiten stößt" (SCHAEFER und BLOHME). Insofern kommt es vor, daß ein Proband sozial nicht eindeutig einzureihen ist, weil Fragen falsch verstanden oder beantwortet werden. Außerdem kann es durch Ungenauigkeiten des Gedächtnisses oder durch geringe Mitteilungsbereitschaft des Patienten zu einer Verfälschung der Ergebnisse kommen. Letzteres war allerdings selten der Fall.

Die Bewertung von Befunden ist natürlich auch verknüpft mit der Ausbildung und der Erfahrung sowie anderen subjektiven Faktoren auf Seiten des Arztes. Das wirkt sich schon bei der Kontaktaufnahme und Befragung aus. Außerdem ist zu beachten, daß ich neben der "subjektiven" Antwort der Patienten bei einigen Fragen meine "objektive" Beurteilung gegeben habe und daß diese "Objektivität" aus den angegebenen Gründen relativiert werden muß. In Fällen, wo subjektive

und objektive Bewertung nicht übereinstimmten, versuchte ich deshalb, die Beweggründe meiner Beurteilung zu erläutern.

B. Diskussion der Ergebnisse, die sich bei der Umfrage herausstellten

1. Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Beziehungen zwischen Krankheit, Geschlecht und Beruf beziehen

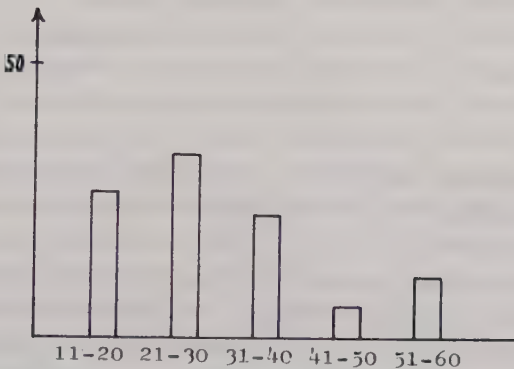
1.1. Krankheit und Beruf

M. PFLANZ hat durch statistische Untersuchungen bestätigt, daß Krankheiten sich in der Bevölkerung nicht gleichmäßig verteilen, sondern daß ihre Frequenz von soziologischen Faktoren mitbestimmt wird. Es ist in einigen Fällen eine deutliche Abhängigkeit zwischen den Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten und der Zugehörigkeit zu sozialen Schichten unserer Bevölkerung zu finden. An einer Kieferfraktur litten bevorzugt mittlere Beamte, Angestellte und Handwerker. Diese Erkrankung war vorwiegend durch Unfall entstanden. Meistens waren junge ledige Männer (Durchschnittsalter 20,1 Jahre) von ihr betroffen, die noch in einer "Sturm- und Drangzeit" steckten. Sie gerieten vermutlich durch Unbeherrschtheit (Unreife), Wichtigtuerei, Angeberei, Rauflust und durch ihr Draufgängertum am häufigsten in Situationen, die zu dieser Krankheit führen konnten.

Erstaunlich ist, daß außer dem hohen Anteil der Hausfrauen die Schüler, Studenten und Lehrlinge bei den Parodontopathien stark vertreten sind. Hier hängt jedoch die Krankheit mehr oder weniger von dem Alter der Patienten ab. In der Phase der Pubertät und in dem Alter, wo man heiratet und Kinder gebärt, finden

wir die meisten Patienten mit Parodontopathien (Abbildung 48).

Abb. 48: Altersverteilung der Patienten mit einer Parodontopathie



ORBAN, STERN, GRANT und EVERETT sind durch epidemiologische Studien zu dem gleichen Ergebnis gekommen. Wahrscheinlich spielen durch Hormone (Pubertät, Schwangerschaft) hervorgerufene Stoffwechselstörungen des Zahnfleisches dabei eine Rolle. Aber auch die nachlässige oder falsche Mundhygiene ist für einen großen Prozentsatz der Gingivitiden und Parodontitiden verantwortlich.

GERFELDT gibt an, daß nach internationalen Erfahrungen bei Jugendlichen bis zu 20 Jahren die Parodontopathien in etwa zu 25% auftreten und daß sich die Frequenz bei Erwachsenen in mittleren Jahren (bis 50 Jahre) auf 85% erhöht. Zahlen aus dem MÖSSINGER MODELL nach W. STEUER haben gezeigt, daß 28% der Bevölkerung über 30 Jahre eine Parodontose und 42% eine Gingivitis hatten.

Von einer deformierenden Arthropathie wurden vorwiegend Hausfrauen, weibliche Beamte und Angestellte und Schülerinnen betroffen. In den meisten Fällen bestand die Ursache in Dysfunktionen. Dabei wird durch psychische Einflüsse die Kaumuskulatur in einen hyperaktiven und hypertonen Zustand versetzt und damit die Reizschwelle für die Muskelreflexe vermindert. Nach BRILL, Kopenhagen, bedeuten diese Komponenten den Anfang des Bruxismus (E. ROBINSKY).

Ein großer Teil der Schüler und Studenten ist psychischen Belastungen durch Prüfungsängste und andere Probleme ausgesetzt.

Alle untersuchten Hausfrauen mit einer deformierenden Arthropathie haben Kinder und viel Arbeit. Es ist möglich, daß Stress, Überforderung, Ehekonflikte usw. ausschlaggebend für die Entwicklung dieser Krankheit geworden sind.

Die weiblichen Beamten und Angestellten, die eine Kiefergelenkserkrankung davontrugen, sind alle ledig und im heiratsfähigen Alter von 19 - 28 Jahren. Aus diesen Gegebenheiten kann man ableiten, daß diese Frauen gewissen Spannungen ausgesetzt sind, die auch zu Existenzangst führen können. Schon lange ist aufgefallen, daß Ledige eine höhere Quote an psychischen Störungen aufweisen als Verheiratete (PFLANZ). Auch heute noch suchen Frauen jeder Schicht die Ehe.

Mittlere Beamte und Angestellte sowie Handwerker stellen den größten Prozentsatz der Patienten mit Abszessen. Meist liegt die Ursache in einer sehr weit fortgeschrittenen Karies, und zwar bei Personen, die keine regelmäßige Zahnpflege und Zahnkontrolle betreiben. Die regelmäßige Zahnpflege ist auch heute noch trotz intensiver Jugendzahnpflege abhängig von typischen Verhaltensmustern der sozialen Schichten.

Amelogenesis imperfecta und Stellungsanomalien kommen in allen Berufsschichten vor. Infolge der frühzeitigen Behebung dieser Krankheiten kommen die Patienten schon im Kindesalter, als Schüler, in die Behandlung.

1.2. Befriedigung im Beruf

Die Zufriedenheit im Beruf hängt weitgehend von der Berufswahl ab, die leider in den letzten Jahrzehnten in ihrer Freiheit beschnitten wurde, von der guten Bezahlung, die meist als zu niedrig empfunden wird, vom Betriebsklima und dem Verhältnis zum Vorgesetzten und Arbeitskollegen, vom sozialen Geltungsbedürfnis und Prestige (SCHAEFER/BLOHMKE). Auch die Bindung an die Arbeit spielt dabei eine Rolle. Daß sie ganz wesentlich auf dem Ausbildungsstand des Beschäftigten beruht (SCHAEFER/BLOHMKE), stellten wir in unserem Patientenkreis ebenfalls fest. Die Mehrzahl der Arbeiter führte ihre Tätigkeit nur zum Zwecke des Gelderwerbs aus oder arbeitete ungerne. Angestellte und Beamte scheinen eine stärkere Bindung an die Arbeit zu entwickeln; nur wenige zeigten Desinteresse an ihrem Beruf.

Verheiratete erfahren in größerem Maße eine Befriedigung im Beruf als Ledige. Vielleicht sehen jene einen größeren Sinn in ihrer Arbeit als die Ehelosen: sie arbeiten für ihre Familie. Die größte Zufriedenheit zeigt die verheiratete Frau, die nur als Hausfrau und Mutter tätig ist. Anscheinend geht sie voll in ihren Pflichten auf.

Erfüllung und Unzufriedenheit, die Extrema der Befriedigung im Beruf, finden sich stets mehr bei Ledigen als bei Verheirateten. Es gibt also Ledige, die in ihrem Beruf vollkommen aufgehen. Sie arbeiten wahrscheinlich in einem zufriedenstellenden Berufsklima und erfahren genügend soziale Anerkennung. Die andere

Gruppe hingegen fühlt sich sozial unterbewertet, hat keine zwischenmenschlichen Beziehungen zu ihren Kollegen und auch keinen Partner, durch den sie Trost und Zuspruch erfahren.

1.3. Krankheit und Geschlecht

Kieferfrakturen sind beim männlichen Geschlecht häufiger anzutreffen als beim weiblichen, wie unsere Untersuchung zeigt. Da die Mehrzahl dieser Patienten durch einen Verkehrsunfall oder durch eine Schlägerei erkrankten, läßt sich vielleicht schließen, daß Frauen defensiver und vorsichtiger fahren. Frauen erkranken auch nicht so oft wie Männer an Abszessen. Die Gründe für diese Tatsache mögen im stärkeren Sinn des weiblichen Geschlechts für Gepflegtheit und Schönheit liegen. Genauso wie die Autoren ANETSBERGER, FUCHS, FRÖHLICH und ROBINSKY stellten wir dagegen fest, daß Frauen häufiger von Kiefergelenkerkrankungen befallen werden als Männer.

1.4. Krankheitsdauer

Die Dauer einer Zahn-, Mund- und Kieferkrankheit hängt von der Art der Erkrankung, der konstitutionellen Gesamtveranlagung des einzelnen Menschen und seinem Interesse an einer gesunden Lebensweise ab. Dagegen konnten wir nicht nachweisen, daß die Dauer der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, vor allem bei den stationären Patienten, abhängig ist von der sozialen Stellung und anderen zwischenmenschlichen Beziehungen, dem Beschäftigungsort, der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses, der Befriedigung im Beruf, der Arbeitsmarktlage, den hygienischen Einrichtungen des Betriebes oder der Tätigkeit des werksärztlichen Dienstes (SEIFERT 1962, zitiert bei ECKNICK).

Aus Tabelle 9 ist ersichtlich, daß die Dauer einer Zahn-, Mund- und Kieferkrankheit nicht unbedingt ge-

schlechtsabhängig ist. Dadurch, daß die Männer eher und öfters akute Prozesse (Kieferbruch, Abszeß) davontragen, ist ihr Anteil von 0 - 1 Monat recht hoch (46,5%). Bei den Frauen finden wir viele Patienten mit einer Krankheitsdauer von über einem Jahr. Dabei ist die Geschlechtsverteilung der Kiefergelenkserkrankungen, die sich manchmal über Jahre hinziehen, zu berücksichtigen.

Aber auch Stellungsanomalien und Amelogenesis imperfecta, die ja meistens bei der zweiten Dentition zu Tage treten, führen zu einem größeren Anteil der Frauen an den Patienten mit Erkrankungen, die schon über ein Jahr bestehen.

Je älter ein Mensch ist, desto länger dauert es gewöhnlich, bis eine Störung beseitigt werden kann (GERFELDT). Diese Feststellung trifft auf alle organischen Krankheiten zu, nach unserer Untersuchung aber nicht auf ZMK-Krankheiten.

Daß zwei Drittel der ledigen jungen Männer nur bis zu vier Wochen krank waren, liegt daran, daß sie zumeist wegen akuter Prozesse, wie Kieferfrakturen, Abszesse und Parodontopathien behandelt wurden.

2. Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Krankheitsbewertungen der Patienten beziehen

Über die Hälfte (57%) der Patienten nehmen Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten zu Beginn des Auftretens leicht oder beachten sie nicht. Das liegt offensichtlich daran, daß die meisten Menschen derartige Erkrankungen nicht als lebensbedrohlich ansehen. Es handelt sich um eine "Nebensache", die Zeit hat; das körperliche Wohl wird meist nicht allzu stark beeinträchtigt. Dabei übergeht das weibliche Geschlecht die ersten Anzeichen einer Krankheit sehr viel häufiger als das männliche. Der hauptsächliche Grund für das unterschied-

liche Verhalten der Geschlechter liegt darin, daß die Mehrzahl der Frauen verheiratet ist und Kinder hat; sie finden durch den Haushalt keine Zeit, an die Beseitigung ihrer Krankheit zu denken. W. BITTER zitiert BUYTENDIJK und PLENGE, die einmal folgendes von den Frauen gesagt haben: BUYTENDIJK beschreibt das "Sorgen" als primären Wesenszug der Frau. PLENGE hat einmal gesagt: "Die Frau lebt auf den Mann und die Kinder bezogen in innerer wie äußerer Abhängigkeit". Natürlich spielt auch der Faktor "Bequemlichkeit" eine Rolle: Das Aufsuchen eines Arztes ist meist verbunden mit langen Wartezeiten. Auf der anderen Seite wissen wir, daß Männer empfindlicher sind in bezug auf somatische Leiden als Frauen. Sie achten auf jedes "Wehwehchen" und teilen es ihrer Umgebung sogleich mit. Das liegt anscheinend in der Natur des Mannes. In unserer Untersuchung macht sich dieses Verhalten in den Zahlen der "Anfänglichen Krankheitsbewertung" bemerkbar. Die Männer sehen ihre Krankheit in größerer Zahl als die Frauen am Anfang negativer als sie in Wirklichkeit ist. An dem eventuellen Arbeitsausfall, der mit der Krankheit verbunden sein kann, wird es in den wenigsten Fällen liegen, seitdem es das Lohnfortzahlungsgesetz gibt.

Die Belastung der Patienten durch Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten ist selten so hoch wie bei Patienten mit organischen Leiden. Es kommt z.B. durch die Folgen der Zahnkrankheit - außer vielleicht bei einigen Spezialberufen - praktisch nie zu beruflichen Problemen. Deutlich abhängig ist die anfängliche Krankheitsbewertung dagegen von den Folgen für das äußere Erscheinungsbild.

MENG ist der Auffassung, daß alles, was in Zusammenhang steht mit Karies, Paradentose, Zahnstellung und Kieferform bei der Mehrzahl unserer Bevölkerung ignoriert wird. Auch wir haben die Erfahrung gemacht, daß

unsere Patienten mit den eben genannten Krankheiten diese anfangs nicht beachten oder leicht nehmen.

Schwerwiegende Krankheiten, wie z.B. Osteomyelitis, Abszeß und Kieferfrakturen, bei denen es zu einer Minderung der Arbeitskraft kommen kann, führen dagegen meist zu einer besorgten Haltung.

Von den Patienten mit einer Amelogenesis imperfecta machen sich nur die weiblichen anfangs Sorgen wegen ihrer Krankheit, da sie ständig mit häßlichen Zähnen behaftet sind. Es kommt sogar soweit, daß sie nicht mehr wagen zu lachen, nur damit man ihre Zähne nicht sieht. Die betroffenen Männer sind in dieser Hinsicht sorgloser.

Mit dem weiteren Verlauf der Krankheit bewerten die Frauen ihre Erkrankung zusehends stärker negativ als die Männer, siehe Abbildung 49 a + b. Daraus kann man schließen, daß sich das weibliche Geschlecht seiner Krankheit gegenüber vorsichtiger und skeptischer verhält. Die Vorsicht der Frauen in der Verlaufsbewertung und Prognose können ihre Gründe in ihrer häuslichen Beanspruchung und Verantwortung wie in ihrer unvollständigen Emanzipation haben. "Die Frau ist sozial immer noch ein Wesen minderen Ranges, selbst wenn sie juristisch gleichberechtigt ist" (SCHAEFER/BLOHMKE). Wir müssen jedoch offen lassen, daß die Frau vielleicht mit ihren negativen Äußerungen mehr Zuwendung, Geborgenheit und Sicherheit von ihrem Partner erstrebt. Nicht zuletzt könnte die Negativierung der Krankheitsbewertung auch ein Ausdruck des Mißtrauens und der Ängstlichkeit gegenüber dem Unbekannten, Unheimlichen allen Krankseins sein.

Ledige beurteilen den Verlauf ihrer Krankheit im übrigen positiver als Verheiratete. Da es sich bei den ledigen Patienten vorwiegend um jüngere Personen handelt, ist Vertrauen in die Zukunft, ihr stärkerer Lebens- und

Abb. 49: Krankheitsbewertung in Abhängigkeit
vom Geschlecht

Abszisse: Bewertungen

AKB = Anfängliche Krankheitsbewertung

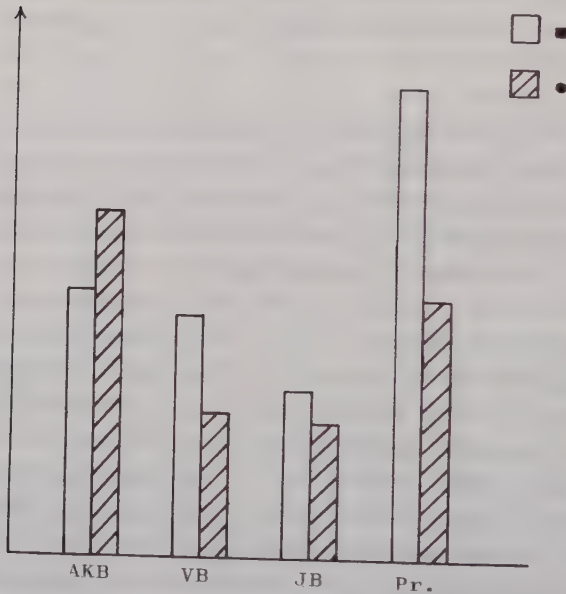
VB = Verlaufsbewertung

JB = Jetzige Bewertung

Pr = Prognose

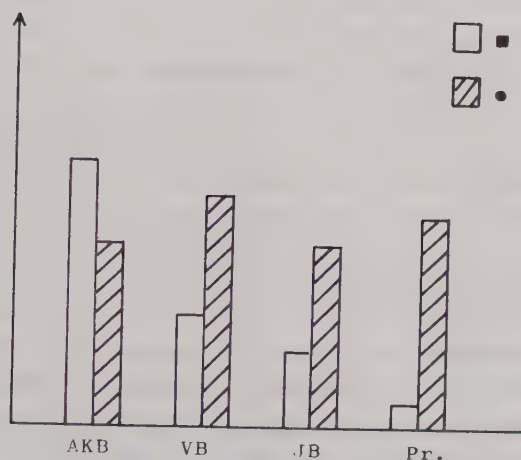
Ordinate: Prozent

Abbildung 49a: positive Bewertung



Gesundungswille, ihre Heilungsbereitschaft im allgemeinen größer als die von älteren, verheirateten Personen.

Abbildung 49b: negative Bewertung



Sämtliche Krankheitsbewertungen - im Anfang der Krankheit, während des Verlaufs und auf die Zukunft bezogen - sind von der Art der Krankheit abhängig. Die akuten Krankheiten bereiten anfangs meistens Sorgen; dann wird eine Besserung spürbar, und schließlich sind die meisten derartigen Patienten von einer Heilung überzeugt. Dagegen schenken Patienten mit langwierigen Erkrankungen, z.B. Parodontopathien und Kiefergelenkserkrankungen, diesen anfangs wenig Beachtung. Während des Verlaufs wird dann häufig eine Verschlechterung registriert. Auch die Bewertung bei der Befragung und die Prognose fallen negativer aus als die von akut Erkrankten (Tabelle 18).

Tabelle 18

Abhängigkeit der Krankheitsbewertungen
(anfängliche, Verlaufs-, jetzige, Prognose)
von der Krankheit in %

	AKB 1 Sorgen M + F	VB 2 gebessert M + F	JKB 3 gebessert u. gesund M + F	P. 4 Heilung u. Besserung M + F
Kieferbruch	63,6	81,8	90,9	100
Paradontopath.	16,7	22,2	33,3	83,3
Kiefergelenkserk.	-	7,1	14,3	78,6
Abszeß	44,4	33,3	66,7	100
Osteomyelitis	75	25	37,5	87,5
Cyste	50	16,7	50	100
Amelogenesis i.	40	-	20	20
Stellungsanom.	20	40	80	100
Retinierte Z.	25	25	50	100
Tumor	-	50	100	100
Sonstige Krankh.	28,6	14,3	67,2	85,7

AKB = Anfängliche Krankheitsbewertung
VB = Verlaufsbeurteilung
JKB = Jetzige Krankheitsbewertung
P. = Prognose

So bestätigt sich in unserer Untersuchung, daß die subjektive Prognose mit dem Krankheitsverlauf korreliert. Ein guter Krankheitsverlauf führt zu einer optimistischen Prognose, während ein Verlauf, bei dem ständig Rückschläge in der Gesundheit auftreten, pessimistische Äußerungen zur Folge hat.

Auch die Krankheitsdauer hat einen nicht unbedeutenden Einfluß auf die Prognose. Je kürzer eine Krankheit besteht, um so eher wird von Heilung geredet.

Patienten, die schon länger krank sind, äußern sich vorsichtig über die Prognose. Sie rechnen weitaus öfter nur mit einer Besserung oder einem Gleichbleiben der Symptome.

Interessant ist, daß Patienten mit einem geringen Krankheitswissen positivere Prognosen geben als solche, die über ihre Krankheit Bescheid wissen. Dieses Verhalten der Kranken kann man folgendermaßen deuten: Weiß ein Mensch nichts oder nur sehr wenig über seine Krankheit, so trägt er eine bestimmte Ungewißheit mit sich herum. Da der Lebenswille und der Selbsterhaltungstrieb bei den meisten doch recht stark ausgeprägt ist, nehmen sie immer nur das Beste von ihrer Krankheit an. Dadurch, daß es sich nur um eine Zahn-, Mund- und Kieferkrankheit handelt, werden sowieso keine allzu großen Probleme für die Zukunft aufgeworfen. Diese Patienten sehen die Prognose positiv. Anders verhält es sich bei Patienten, die über ihre Krankheit informiert worden sind. Mit BIRNBAUM können wir sagen, daß die Krankheit eine ganz andere Bedeutung gewinnt, wenn der Kranke die Diagnose hat. Er weiß dann durch Selbstinformation gut Bescheid und entscheidet die Prognose nach eigenem Ermessen. Dabei urteilt er meist etwas negativer als der Fachmann, da er die Möglichkeiten nur laienhaft beurteilen kann.

Unerwartet finden wir in unserer Untersuchung einen Zusammenhang zwischen der Konfession der Patienten

und der subjektiven Prognose. Katholische Personen erwarten eher als protestantische eine Heilung. Die Ursache mag darin liegen, daß der Katholizismus eine festere Bindung schafft als der Protestantismus (DUBITSCHER). Durch diese Bindung fühlt sich der katholische Mensch stärker geborgen als der evangelische. Sein Glaube und die Hoffnung, die er dadurch erfährt, spielen offensichtlich auch in diesem Zusammenhang eine Rolle.

3. Diskussion der Ergebnisse, die sich auf das Krankheitswissen beziehen

Die Untersuchung des Krankheitswissens der Patienten führte uns allzu deutlich vor Augen, daß 28 der 100 befragten Personen nichts über ihre Krankheit wußten oder nur Vermutungen anstellten. Die Schuld dieses "Nichtwissens" liegt wohl hauptsächlich beim Arzt, der den Patienten zwar häufig die Diagnose mitteilt, aber nicht erklärt, was sie bedeutet. Unter den Patienten befand sich z.B. eine 42jährige Arbeiterin, der man im Oberkiefer eine große Zyste entfernt hatte. Da sie die Bedeutung der Zyste nicht kannte, nahm sie an, daß man ihr ein Karzinom herausgeschnitten hätte und entwickelte eine Karzinophobie. Wir stellen also fest, daß ein Teil der Patienten infolge mangelnder Aufklärung durch den Arzt nur geringe Kenntnisse von ihrer Krankheit besaßen. Häufig genug wurde ich gefragt, welche Diagnose die Ärzte in ihrem Fall gestellt hätten. "Ich müßte es doch wissen; in der poliklinischen Vorstellung ist mein Fall behandelt worden." Desinteresse zeigten nur drei junge Leute (16, 19 und 26 Jahre) - wie ich vermute, aus Wichtigtuerei. Durch die Befragung fühlten sie sich beachtet, ihr "Prestige" gegenüber den anderen Kranken erhöhte sich. Nach SCHOTTSTAEDT, PINSKY, MACKLER und WOLF

(1958/59) erhöht die Einstellung der Ärzte und des Personals zum Kranken dessen Prestige schon dadurch, daß sie sich dem Patienten längere Zeit widmen, wie ich es bei meiner Befragung getan habe (PFLANZ). Daß Frauen mehr über ihre Krankheit wußten als Männer hängt wohl damit zusammen, daß sie schon aus Schönheitsgründen mehr an den Symptomen und deren Folgen interessiert waren. Ein anderer Grund dieses Verhaltens könnte wieder die Familie sein. Männer stehen den Folgen ihrer Krankheit anscheinend sorgloser gegenüber als Frauen.

Überraschend war für uns, daß die evangelischen Patienten besser über ihre Krankheit informiert waren als die katholischen. Wir wissen nun natürlich nicht, in welchem Maße die Patienten aktiven Anteil am religiösen Leben nehmen; aber wie dem auch sei, sie wurden davon in ihrer Kindheit mitgeprägt. Anscheinend schafft der Katholizismus festere innere Bindungen als der Protestantismus. Diese Bindungen sind das Wesentliche, nicht die Konfessionszugehörigkeit (DUBITSCHER). Es ist denkbar, daß die mütterlich bergenden Aspekte der katholischen Kirche (Marienkult) in der Tiefe der Persönlichkeitsstruktur ein hohes Maß an Sicherheit, Geborgenheit und Stabilität bewirken. Der katholische Mensch fühlt sich weit mehr geschützt als der protestantische. Er lebt eher in der Überzeugung, daß auch die schwer annehmbaren Dinge im Leben Gottes Wille sind. Dem entspricht, daß die Gläubigkeit ähnlich wie beim Krankheitswissen auch bei der Suizidalität eine Rolle spielt: Die Suizidzahl ist in ausgesprochen katholischen Ländern relativ klein (DUBITSCHER). Die Suizid tendenz sinkt beim Katholizismus (GERFELDT).

Bei ärztlichen Informationen der Patienten über ihre Krankheit kam es bei den befragten Personen zu verschiedenen Reaktionen. Der durch die Mitteilung aus-

gelöste Effekt hängt natürlich von der Persönlichkeit des Arztes ab. Es kommt weitgehend darauf an, "wie" der Arzt die Diagnose mitteilt. Nach MOSER (1969) sind außer medikamentösen Nebenwirkungen bei der ärztlichen Therapie vor allem Schäden zu beachten, die auf das Verhalten des Arztes selbst zurückzuführen sind (ENGELHARDT). So können Oberarzt- und Chefarztvisiten mit vom Laien halb oder falsch verstandenen Diskussionen am Krankenbett (BAPPERT 1966) Verwirrung, Angst und Ratlosigkeit mit entsprechenden somatischen Funktionskorrelaten auslösen (ENGELHARDT). Der Affekt der Patienten wird aber nicht nur durch das Verhalten des Arztes bestimmt. Auch das Geschlecht der jeweiligen Person spielt eine Rolle. Aus Erfahrung wissen wir, daß sich das männliche Geschlecht in vielen Situationen nüchterner und verständiger verhält als das weibliche. Unsere Untersuchung bestätigt das. Männer zeigen ihre Gefühle nicht so offensichtlich wie Frauen. Diese gehen mehr aus sich heraus; sie sind nicht so verschlossen und zeigen im allgemeinen eine größere Mitteilungsbereitschaft. Ihre Reaktion schlägt sich weit häufiger als bei den Männern in Bedrückung oder Niedergeschlagenheit nieder. Wir stellen fest (siehe Krankheitsbewertung), daß das weibliche Geschlecht eine pessimistischere Haltung einnimmt als das männliche. Dabei werden verheiratete Frauen eher in eine bedrückte Stimmung versetzt als ledige. Sie denken wohl an ihren Ausfall in Familie und Haushalt. Die ledigen Frauen äußern offen ihre Niedergeschlagenheit und ihr Entsetzen und bringen zum Ausdruck, daß sie Angst um ihr "Aussehen" haben, das bei der Partnerwahl eine große Rolle spielt. Bei den Männern ist es umgekehrt: Die ledigen fallen eher in gedrückte Verfassung als die "verständnisvollen" verheirateten. Vielleicht fühlen sich die verheirateten älteren Männer umsorgt oder doch außer Konkurrenz, vielleicht reißen sie sich auch mehr zusammen als die

jungen ledigen.

Sehr interessant ist, daß vor allem die älteren Frauen bedrückt reagieren, sich oft schon als "Zahnkrüppel" fühlen und in der Angst leben, ihre sexuelle Anziehungskraft zu verlieren.

Generell werden Bedrückung, Niedergeschlagenheit und Entsetzen am häufigsten bei Patienten mit Krankheiten geäußert, die sehr schmerzhaft verliefen oder das spätere Aussehen beeinträchtigten.

4. Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Reaktion der Umgebung beziehen

Mit PFLANZ sind wir der Meinung, daß zwischenmenschliche Beziehungen für Gesundheit und Krankheit eines Menschen bedeutungsvoll sind. Die Reaktion der Mitmenschen kann die Haltung eines Patienten unter Umständen erheblich beeinflussen.

4.1. Reaktion des Arztes

Viele Patienten haben den Eindruck, daß sich der Arzt hilfsbereit um sie kümmert. Sie vertrauen ihm und fühlen sich in seiner Obhut wohl. Erstaunlich ist, daß die Ledigen den Arzt für hilfsbereiter und besorgter halten als die Verheirateten. Es ist möglich, daß die meist schon erwachsenen Ledigen von ihren Eltern nicht mehr soviel Beachtung und Pflege finden wie in ihrer Kindheit und daß sie darum den Arzt hilfsbereiter finden als die Verheirateten.

Ein "Staunen" des Arztes (etwa bei der Entdeckung retinierter Zähne oder einer Osteomyelitis) führt in vielen Fällen zu einer Prestigeerhöhung des Patienten und sogar der Verwandten. So war eine Mutter sehr stolz darauf, daß ihr Mann und ihre Kinder an einer seltenen Erbkrankheit leiden, von der sie selbst nicht

betroffen ist. SCHOTTSTAEDT, PINSKY, MACKLER und WOLF (1958/59) machten ähnliche Erfahrungen (PFLANZ). Zu Erregungen andererseits kann die erkennbare Besorgnis des Arztes bei Patienten mit Kieferbrüchen führen, deren Erscheinungsbild manchmal erschreckend wirkt, ohne lebensbedrohlich zu sein.

4.2. Reaktion des Arbeitgebers

Viele unserer Patienten haben keinen Arbeitgeber, wie z.B. die Hausfrauen, Studenten und Schüler. Aber auch viele der eigentlichen Arbeitnehmer können uns nicht sagen, wie ihr Arbeitgeber reagiert hat, als er von ihrer Krankheit erfuhr. Die Arbeitgeber, deren Reaktion bekannt war, verhielten sich keineswegs alle gleich. Es ist verständlich, daß ein Arbeitgeber, der gut mit seinen Leuten auskommt, anders reagiert als ein solcher, der zu ihnen ein schlechtes Verhältnis hat. Die "Chefs" reagieren nach Meinung der Patienten überwiegend positiv. Wir können aufgrund unserer Untersuchung annehmen, daß die Arbeitgeber sich in den meisten Fällen recht menschlich verhalten und ein gutes Verhältnis zum Arbeitnehmer pflegen. Andererseits gibt es Arbeitgeber, die ärgerlich reagieren oder sogar mit Entlassung drohen. Gut ein Viertel der Patienten, die die Reaktion ihrer Arbeitgeber kannten, hat anscheinend ein schlechtes Verhältnis zum Chef. Gründe für diese Reaktion des Arbeitgebers nannten uns diese Patienten nicht.

4.3. Reaktion des Partners

PFLANZ führt VILLINGER und KÖNIG an, die über die soziale Bedeutung der Familie folgendes ausagen: Nach VILLINGER ist die Familie der "einzig echte Sozialorganismus". KÖNIG (1955) nennt sie eine sozialmoralische Einrichtung der Gesellschaft zum Aufbau der sozialen Persönlichkeit. Sie hat, wie PFLANZ sagt, auch in medizi-

nisch-soziologischer Hinsicht eine große protektive Bedeutung. Nach GERFELDT soll und kann in Notlagen, bei Bedrängnis und Krankheit die Familie eine stets offene Zufluchtstätte sein, in der erste Hilfe geleistet wird. Bei der weitreichenden Bedeutung der Familie und Ehe für die Entwicklung, die Entfaltung und die Bedürfnisbefriedigung des Menschen ist ihr Einfluß auf Gesundheit und Krankheit einleuchtend.

ENGELHARDT hat festgestellt, daß das Verständnis des Ehepartners ein wichtiger Faktor in der Situation des Krankseins darstellt. In unserer Untersuchung zeigt sich, daß sich die Partner der Patienten zum größten Teil verständnisvoll verhalten. Sie beruhigen ihn, sprechen Trost und Mut zu. Ein anderer Teil der Partner zeigt gegenüber dem Kranken seine Besorgnis. Diese Reaktion ist verständlich, sollte aber vor dem Kranken nicht zum Ausdruck gebracht werden, da sie zu seiner Beunruhigung führen und die Heilung verzögern kann.

Außer Verständnis und Besorgnis strahlen sehr viele Partner Traurigkeit aus, vornehmlich Frauen. Sie sind, wie wir wissen, ihrem Wesen nach sensibler und weicher als die Männer und zeigen ihre Gefühle eher nach außen. Die Frauen suchen in ihrer Familie mehr Halt als die Männer. Ihre Bindung ist weitaus stärker. Die gesundheitliche Bedrohung des Partners bedroht sie selbst. Von den Männern würde ein solches Verhalten größtenteils als un männlich empfunden werden. Sie bringen ihrer kranken Frau dafür eher Verständnis entgegen, wofür diese natürlich sehr dankbar ist. Die Reaktion der Männer gegenüber ihren kranken Frauen ist also nüchterner ohne großen "Gefühlsausbruch".

Die Verheirateten verhalten sich gegenüber ihren kranken Partnern besorgter als die Ledigen. Diese Tatsache mag an dem größeren Zusammenhalt der Eheleute

liegen. Uninteressiertes und ärgerliches Verhalten lediger Partner läßt dagegen Zusammengehörigkeitsgefühl, Verständnis und Reife vermissen.

Allerdings muß man berücksichtigen, daß Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten von den meisten Leuten als nebensächlich und nicht sehr tragisch angesehen werden. Diesen Eindruck gewinnt man aus der Tatsache, daß z.B. ein Viertel der Ehemänner von Hausfrauen gar keine Reaktion auf die Erkrankung ihrer Frau zeigen. Dieses "Nichtreagieren" ist schwierig zu interpretieren. Es kann auf gespannte Familienverhältnisse, mangelnde Kommunikation und Konflikte hindeuten. Eine der Patientinnen gab zu, daß die Beziehung zu ihrem Partner momentan in einer Krise stecke.

4.4. Reaktion der Eltern

Neben dem Partner sind die Eltern, vor allem bei den ledigen Patienten, die nächsten Verwandten des Kranken. Sie verhalten sich in unserer Untersuchung überwiegend besorgt (40%) - Eltern lediger Patienten in größerer Zahl als Eltern von verheirateten Kranken. Den Verheirateten wird mehr "Verständnis" entgegengebracht. Es ist also ein deutlicher Einfluß des Familienstandes der Kranken auf die Reaktion der Eltern zu bemerken. Natürlich ist auch das Alter des Patienten entscheidend. Unsere ledigen Probanden sind zu meist jung. Schließlich ist natürlich die Reaktion der Eltern auch abhängig von der Art und Schwere der Krankheit.

4.5. Reaktion der Kinder

Da unsere Klientel im Durchschnitt recht jung ist, konnten 73 Patienten keine Reaktion von Kindern feststellen: 61, weil sie noch keine Kinder haben und 12, weil die Kinder noch zu klein sind, jedenfalls noch gar nicht reagieren.

Die meisten Kinder sind traurig und besorgt, wenn ihre Eltern krank sind. Traurig reagieren vor allem die kleinen Kinder und Kinder im schulpflichtigen Alter. Sie sehen, daß den Eltern irgendetwas fehlt, daß es ihnen nicht gut geht. Sie bedauern sie und drücken es in ihrem "kindlichen Gemüt" durch Traurigkeit aus. Die erwachsenen Kinder älterer Patienten bemühen sich besorgt und verständnisvoll um ihre Eltern.

4.6. Reaktion der Geschwister und Angehörigen

Geschwister und Angehörige stehen in einem anderen Verhältnis zueinander als die Eltern zu den Kindern. Die Beziehung zu dieser Verwandtschaft ist nicht so nah und direkt. Viele Geschwister und Angehörige unserer Klientel sind an der Krankheit des Patienten gar nicht besonders interessiert. Sie bemitleiden zwar die Patienten, einige zeigen auch Verständnis und Besorgnis. Dabei wird - vielleicht wegen der größeren "Wehleidigkeit" des starken Geschlechts - kranken Männern anscheinend mehr Mitleid entgegengebracht als den Frauen. Soviel Desinteresse wie diese Verwandtschaftsgruppe zeigen Eltern und Kinder aber nicht.

Das Interesse wächst allerdings mit der Schwere der Krankheit.

4.7. Reaktion der Freunde

Unter "Freunde" verstehen wir hier die engsten Bekannten. In unserer Untersuchung stellt sich heraus, daß 50% unserer Patienten diesen Desinteresse vorwerfen. Die Uninteressiertheit mag zum größten Teil aus der Ungefährlichkeit und Nebensächlichkeit der Krankheit entspringen. Wir wissen, daß Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten häufig von der Bevölkerung ignoriert werden (MENG).

Tabelle 19

Gegenüberstellung der Reaktionen von Arzt, Arbeitgeber, Partner,
Eltern, Kindern, Geschwistern und Angehörigen und Freunden
in prozentualen Angaben

Personen	Reaktion	hilfs- bereit	verständ- nisvoll	Mitleid	ärgerlich	uninter- essiert	besorgt	traurig	erleich- tert	keine
Arzt		79	-	-	-	-	2	-	-	6
Arbeitgeber		7	-	6	7	-	-	-	-	72
Partner		5	24	4	1	2	13	12	2	37
Eltern		2	13	4	-	9	40	11	1	20
Kinder		-	4	2	-	4	9	8	-	73
Geschwister und Angehörige		1	14	17	-	37	11	9	-	11
Freunde		5	8	22	-	50	1	5	-	9

Das Mitleid steht nach dem Desinteresse an zweiter Stelle. Näherstehende Familienmitglieder "bemitleiden" ihre kranken Verwandten weitaus weniger. So ist eine klare Abhängigkeit zwischen dem Verwandtschafts- bzw. Bekanntheitsgrad und dem "Mitleid" erkenntlich (Tabelle 19).

Genauso wie Geschwister und Angehörige bringen auch Freunde den kranken Männern mehr Mitleid entgegen als den Frauen. Hier bestätigt sich also wieder, daß Männer mehr bemitleidet werden. Diese Reaktion der Umgebung entspricht wahrscheinlich zum Teil der Erwartung der Patienten.

4.8. Vergleich der Reaktion aller Mitmenschen

In Tabelle 19 haben wir alle Reaktionen der Mitmenschen in prozentualen Angaben gegenübergestellt. Wir erkennen einen Unterschied in der Reaktion nahestehender und außenstehender Personen. Es ist eine klare Abstufung in der Reaktion je nach dem Grad der menschlichen Beziehung ersichtlich. Dem Patienten nahestehende Personen reagieren häufiger besorgt, traurig und verständnisvoller als außenstehende. Je enger die menschliche Beziehung zwischen dem Patienten und seiner Umgebung ist, desto mehr treten diese Reaktionen prozentual zum Vorschein. Von Personen, die weniger engen Kontakt zum Patienten haben, wie Geschwister und Angehörige, Freunde und Arbeitgeber, wird dem Kranken mehr Mitleid oder Desinteresse entgegengebracht.

5. Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Krankheitsursache beziehen

5.1. Wissen über die Krankheitsursache

Die Entstehungsursachen der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten können mannigfaltig sein. Abgesehen von

einigen Krankheiten, z.B. Karzinomen, sind die Ursachen in den meisten Fällen bekannt. Am häufigsten und an erster Stelle entstehen Erkrankungen durch weit fortgeschrittene Karies. Neben Unfällen und Infektionen kommen auch Begleitkrankheiten vor. Für manche Erkrankung spielt die Vererbung eine wichtige Rolle. Schwangerschaft und Pubertät, die eine hormonale Veränderung des Körpers bedingen, können manchmal Mundkrankheiten verursachen. Auch psychische Faktoren und Allergien haben häufig einen nicht unbedeutenden Anteil an den Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.

Fast ein Fünftel (19) unserer Klientel kennt allerdings die Ursache ihrer Krankheit nicht, ein weiteres Viertel stellt nur Vermutungen an. Ein Teil unserer Bevölkerung ist demnach nicht hinreichend aufgeklärt. Trotz der Schulzahnpflege, die von Jahr zu Jahr stärker intensiviert wird, nimmt die Aufklärung nur langsam zu. Daß die Fortschritte nicht allzu groß sind, beweist auch das MÖSSINGER MODELL und die Untersuchung von RÖMER (1970). Im übrigen wissen die jugendlichen Patienten etwas besser Bescheid über ihre Krankheit als die mittleren und älteren Jahrgänge. Hier sieht man vielleicht einen kleinen Erfolg der Schulzahnpflege, die sicher weiter gefördert werden muß. Dies auch in anderer Hinsicht: Nach PFLANZ hat BIÖRCK (1958) einmal gesagt, "daß heute in den technisierten Ländern Armut kaum eine Mitursache der Krankheit ist, dagegen häufiger Krankheit eine Ursache der Armut." Demgegenüber müssen wir feststellen, daß Armut, die häufig mit mangelnder Bildung korreliert, sehr wohl eine Ursache von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sein kann. Zudem sind in unserem Staat die meisten Menschen, auch die ärmsten, sozial versichert, sei es durch gesetzliche Krankenkassen oder Sozialfürsorge. Somit hätte eigentlich jeder, gleich welcher Schicht oder sozialen Stellung er angehört, gleiche gesundheitliche Chancen.

Durch die Schulzahnpflege werden "arme wie reiche" gleichmäßig aufgeklärt. Es liegt sehr wohl an den einzelnen Menschen selber und ihrem Elternhaus, ob sie auf ihre Gesundheit achten und soziale Chancen wahrnehmen oder nicht.

5.2. Seelische Ursachen

Es ist vor allem das Verdienst von SIGMUND FREUD, um die Jahrhundertwende den Nachweis erbracht zu haben, daß die Entstehung vieler früher als rein somatisch betrachteter Krankheiten nur verstanden werden kann, wenn man als mitwirkende Ursache "seelische" Ereignisse annimmt (SCHAEFER/BLOHMKE). Von unserer Klientel waren zwei Patienten ganz sicher, daß ihre Krankheit (Parodontopathie) allein seelisch bedingt sei. Dabei handelte es sich um einen 18jährigen Mann, der momentan unter psychischen Belastungen stand. Er erläuterte aber nicht inwiefern. Auch eine 46jährige Hausfrau war der Meinung, daß ihr Zustand allein seelischen Ursprungs sei. Sie holte bei ihren Erklärungen weit aus. Nach dem Tod ihrer Mutter (1958) mußte sie den Haushalt des Vaters und der fünf Brüder führen. Nebenher versorgte sie auch noch die Landwirtschaft ihres Vaters. In dieser Zeit wurde sie körperlich und psychisch überfordert. Sie nahm an Gewicht ab. Seit dieser Gewichtsabnahme litt sie an Zahnfleischerkrankungen. Nun wurde die Patientin aber seit geraumer Zeit von epileptischen Anfällen befallen. Man behandelte sie mit hydantoinhaltigen Präparaten. Hydantoin zeigt als Nebenwirkung Wucherungen des Zahnfleisches. Die vorher schon vorliegende Zahnfleischentzündung wurde somit zusätzlich durch die Wucherung des Zahnfleisches verstärkt.

Beide Patienten litten unter Spannungszuständen. Man nimmt in letzter Zeit immer häufiger an, daß diese Spannungen mit dem Hormonhaushalt des Menschen in Zu-

sammenhang stehen.

Von den Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten können nach unserer Untersuchung nur Parodontopathien und Kiefergelenkserkrankungen durch psychische Ereignisse ausgelöst werden. Einige der Patienten mit diesen Krankheiten stellten selbst in Frage bzw. hielten es für möglich, daß seelische Vorgänge eine Rolle spielen könnten. Wir müssen jedenfalls postulieren, daß die Zahnärzte in bestimmten Fällen mit dem Psychiater oder Psychotherapeuten enger zusammenarbeiten. Eine solche Zusammenarbeit dürfte bisher nur sehr selten verwirklicht worden sein.

5.3. Umwelt als Ursache und Erbllichkeit

Objektiv ist die Umwelt nur in wenigen Fällen alleinige Ursache für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. So entstanden Kieferfrakturen zu 100% durch einen Unfall, gleich welcher Art. Auch Zahnzysten traten bei einem Drittel dieser Krankheitsgruppe umweltbedingt auf. Acht Patienten konnten dagegen die Umwelt als Ursache sicher ausschließen. Sie litten an erblich bedingten Erkrankungen.

Die meisten Patienten sehen auch subjektiv die Umwelt nicht als Ursache ihrer Krankheit an. Es gibt einige, die einfach unsicher sind, und solche, die sowohl die Umwelt als auch andere Faktoren als Ursache ihrer Krankheit ansprechen. Die Ursache der Parodontopathien und Kiefergelenkserkrankungen scheint vielen Leuten nicht klar zu sein; sie halten die verschiedensten Ursachen für "fraglich" oder "möglich". Auch Kranke mit Abszessen, bei denen die Ursache "starke Karies" lautet, wissen nichts über die Entstehung ihrer Krankheit. Es ist also eine noch intensivere Aufklärung über die Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nötig.

6. Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die
Verantwortung am Entstehen der Krankheit beziehen

Erstaunlicherweise tragen über 3/4 (77) unserer Probanden subjektiv keine Verantwortung für das Entstehen ihrer Zahn-, Mund- und Kieferkrankheit. Das "Schicksal" hat sie mit einer Zahn-, Mund- und Kieferkrankheit überrascht, oder aber die Schuld muß bei anderen liegen. Tatsächlich wurde aus unserer Untersuchung ersichtlich, daß 31 die Verantwortung für ihre Krankheit anderen gaben, gleich, ob diese unbewußt, gewollt oder fahrlässig gehandelt hatten - vor allem bei Kieferbrüchen. Aber auch Parodontopathien fallen in diese Rubrik, da sie nach Meinung der Patienten von anderen durch "Küsse" oder durch "Trinken aus fremden Gläsern" übertragen werden können. Interessant ist, daß eine gewisse Verantwortung für das Auftreten von Erbkrankheiten (Amelogenesis imperfecta, Stellungsanomalien) von den betroffenen Patienten den Eltern gegeben wird. Dabei sind die Probanden der Meinung, daß die Krankheit zwar durch die Eltern verursacht sei, doch könne man diese nicht direkt und voll dafür verantwortlich machen. Sie nahmen ihre Krankheit an; ändern könne man die Situation sowieso nicht - schon gar nicht, indem man den Eltern die Schuld vorwerfe.

Trotz fortschreitender Aufklärung ist es einigen Patienten (5) nicht bekannt, daß man eine "dicke Backe" in den meisten Fällen durch fortgeschrittene Karies bekommt. Diese Leute haben selbst Schuld an ihrer Krankheit, fühlen sich aber überhaupt nicht verantwortlich.

Ziehen wir die Bilanz aus unserer Untersuchung über die Verantwortung am Entstehen der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheit, so fühlen sich 18 selbst schuldig, 31 geben anderen die "Schuld" und 5 sind unsicher in

der Beurteilung, d.h. daß 46 Patienten subjektiv keine Verantwortung tragen. Dabei handelt es sich um Patienten mit Parodontopathien, folliculären oder radiculären Zysten, Osteomyelitis und retinierten Zähnen. Résumé: Aufklärung tut not!

7. Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Sorgen der Patienten während der Krankheit beziehen

Am stärksten leiden Patienten mit Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten unter den Beschwerden, die ihre Erkrankung mit sich bringt. Bei über der Hälfte steht als "Hauptsorge" die "Befreiung von Beschwerden" im Vordergrund. Auch nach SCHAEFER und BLOHMKE sind die subjektiven "Beschwerden" das, was den Patienten zum Arzt treibt, also alle jene mehr oder weniger unlustbetonten Gefühle, die seinen derzeitigen "kranken" Zustand von dem "gesunden" als normal empfundenen Zustand unterscheiden. Diese Beschwerden äußern sich bei Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten vor allem in Schmerzen beim Kauen oder Sprechen. Die Krankheit zwingt die Patienten, nur flüssige Nahrung zu sich zu nehmen. Viele freuten sich schon auf ihre erste "vernünftige Mahlzeit" ohne Schmerzen nach überstandener Krankheit.

Bei ledigen Mädchen und Frauen spielt das Aussehen eine große Rolle. Während ihrer Krankheit beschäftigt sie hauptsächlich ihre "Schönheit". Sie denken dabei an ihre Zukunft, daran, daß sie einmal heiraten wollen, und an das dabei maßgebliche "Aussehen". Daß Frauen mehr auf ihre Zähne achten als Männer, wird auch damit bewiesen, daß sie regelmäßiger zum Zahnarzt gehen als das männliche Geschlecht.

Bei der Untersuchung der "Anfänglichen Krankheitsbewertung" stellten wir schon einmal fest, daß die verheirateten Frauen einen stärkeren Sinn für das Fami-

lienleben entwickeln als die Männer. Auch bei der Befragung nach den "Sorgen während der Krankheit" erfahren wir wiederum, daß ein Großteil der verheirateten Frauen außer um ihre eigene Gesundheit um das Wohl ihrer Familie besorgt ist. Bei einer Verschlechterung der Krankheit würden die hausfraulichen und mütterlichen Pflichten im Interesse der Erhaltung der Familie nicht mehr wahrgenommen werden können.

8. Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Belastungen der Patienten in Bezug auf die spätere Gesundheit beziehen

63 Patienten unserer Klientel erwarten nach ihrer Genesung keine Auswirkungen der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheit auf das zukünftige Leben. Die meisten Patienten machen allerdings keine genauen Angaben darüber. Das zeigt wieder einmal, daß Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten häufig nicht ernst eingeschätzt werden. Sie bedeuten eine "Nebensache", die jeder ohne große Komplikation hinter sich bringt.

Es erscheint bemerkenswert, daß auch in diesem Zusammenhang mehr Frauen als Männer genaue Angaben machen. Diese Tatsache bezeugt wieder die größere Mitteilungsbereitschaft der Frauen. Vielleicht wurden sie aber auch dadurch angespornt, daß die Befragung durch eine weibliche Person erfolgte.

Wie wir schon feststellten, urteilen die Frauen pessimistischer als die Männer. Auch bei eventuell zukünftig auftretenden Belastungen durch ihre Krankheit sehen die Frauen die Lage negativer, als sie wahrscheinlich sein wird.

Bei der Befragung nach der zukünftigen Belastung konnten wir wiederum aus den Zahlen lesen, daß die Bindung der Frau an die Familie stärker ist als vom Mann.

Unsere Erwartung, daß der "Pessimismus" (nicht mehr gesund oder kränker zu werden) mit dem Alter ansteigt, hat sich erfüllt. Die jungen Leute nehmen fest an, daß ihre Erkrankung voll ausheilt. Sie denken an keine Belastung, die eventuell durch ihre Krankheit auf sie zukommen könnte und sind in dieser Beziehung optimistisch. Im Alter ist die Heilungschance naturgemäß vermindert. Insofern sind die älteren Leute ängstlicher und pessimistischer in Bezug auf die zukünftige Belastung durch ihre Krankheit.

Auch die Art der Krankheit spielt eine Rolle. In unserer Untersuchung manifestierte sich, daß Patienten mit lang andauernden Krankheiten in höherem Maße mit Belastungen in der Zukunft rechnen als Patienten, die eine akute Erkrankung davongetragen haben. Diese Tatsache ist einfach zu erklären: Menschen, die schon länger an einer bestimmten Krankheit leiden, tragen mit der Zeit weniger Hoffnung auf die Heilung in sich. Sie sind schon "so lange krank", und es ist immer noch keine Heilung abzusehen. Das zermürbt diese Patienten natürlich und läßt sie auf zukünftige Belastungen, die durch die Krankheit entstehen, schließen. Patienten mit akuten Krankheiten fühlen sich nach überstandener Krankheit von dieser vollkommen befreit.

Neben der subjektiven Belastung versuchte ich selber "objektiv" zu beurteilen, ob die Patienten den angegebenen Belastungen ausgesetzt waren. Dabei fand ich bei 8 Probanden keine Übereinstimmung der subjektiven und der objektiven Belastung. Es handelt sich dabei teilweise um Menschen, die in Zukunft starken krankheitsbedingten psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Viele mochten ihre konkreten Befürchtungen nicht direkt aussprechen und gaben andere Belastungen an, die der Wahrheit vermutlich nicht entsprachen. Einige Probanden (Fall 3, 5, 6) nannten als spätere Belastung die Krankheit selbst, dachten aber an die verminderte Versorgung

ihrer Familie durch den etwaigen Ausfall ihrer Arbeitskraft. Eine Patientin (Fall 2) litt infolge mangelnder Aufklärung über ihre Krankheit erhebliche psychische Qualen.

9. Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Einstellung zur Defektheilung beziehen

9.1. Eigene Einstellung zur Defektheilung

Nicht bei jeder Zahn-, Mund- und Kieferkrankheit läßt sich durch eine Behandlung eine "restitutio ad integrum" erzielen. Die Defekte sind natürlich lokal begrenzt. Neben Narbenzügen im Gesicht und unvollkommener Wiederherstellung des Zahnfleisches kommt es am häufigsten zum Verlust der Zähne. Manchmal müssen auch Kieferteile entfernt werden, doch kommen solche Resektionen verhältnismäßig selten vor. Der Verlust der Zähne und auch der resezierten Kiefer kann durch eine Prothese kompensiert werden. Prothese heißt wörtlich: das, was an die Stelle von etwas anderem gesetzt wird .. Die Prothese heilt einen Defekt, so gut es geht, durch Einfügung eines künstlichen Mechanismus, der den durch Krankheit ausgefallenen Mechanismus ersetzt (SCHAEFER/BLOHMKE).

65 Patienten fänden sich nach eigenen Angaben wahrscheinlich mit einem Defekt ab. Diese Meinung resultiert vermutlich aus der Tatsache, daß die Defekte im Zahn-, Mund- und Kiefergebiet nie so geartet sind, daß es gleichzeitig zu einem Leistungsdefekt käme, wie es bei somatischen Defektheilungen der Fall sein kann. Die Einstellung zur Defektheilung ist von der Psyche des Patienten abhängig, vor allem sein Gesundungswille ist ausschlaggebend. Er muß an der Wiederherstellung seines Defektes glauben und interessiert sein.

27 Patienten standen aber einer Defektheilung ablehnend gegenüber. Sie konnten solch' eine Heilung nicht ertragen bzw. würden sie störend und unangenehm empfinden. Im Grunde genommen müßten sich diese Patienten natürlich auch damit abfinden, doch würde es sehr lange dauern, denn psychisch sind sie gegen alle Hilfsmaßnahmen negativ eingestellt.

Es ist sehr bemerkenswert, daß vor allem Patienten im Pubertäts-, Heirats- und Rückbildungsalter eine Defektheilung störend und unangenehm fanden. In den ersten beiden Gruppen wird wahrscheinlich die Partnerwahl eine Rolle spielen, während im Klimakterium andere Gesichtspunkte einen größeren Einfluß ausüben. In diesem Abschnitt des Lebens kommt es zu einer körperlichen und seelischen Umstellung. Die Gestalt wandelt sich (Fettansatz, faltige Haut, graue Haare, Zahnverlust). Der Zahnverlust als ein Zeichen des Älterwerdens wird gegenüber anderen ignoriert, da die Menschen bestrebt sind, lange jugendlich zu erscheinen.

Natürlich wird eine leichte Defektheilung eher hingenommen als eine schwere. Patienten mit akuten Erkrankungen verhielten sich viel ablehnender zu einer Defektheilung als solche mit langwierigen Leiden. Sie setzen ihren Zustand mit einer zukünftigen Defektheilung gleich und würden sich deshalb nicht mit dieser abfinden. Probanden, die schon längere Zeit die Erkrankung mit sich herumtragen, haben sich allmählich mit ihrem Schicksal abgefunden. Sie sahen keinen Sinn darin, sich dagegen aufzulehnen, denn ändern konnten sie damit nichts.

9.2. Einstellung anderer zur Defektheilung

Außenstehende, also Personen, die nicht krank sind und in naher Zukunft auch nicht damit rechnen, sind toleranter in ihrer Einstellung zur Defektheilung als Personen, die an der Krankheit leiden. Verständlich: so-

lange man mit der Krankheit und dem Defekt nicht selbst konfrontiert wird, hat man eine andere Einstellung, als wenn man selbst betroffen ist.

Beim Vergleich der eigenen Einstellung der Patienten zur Defektheilung mit der von anderen zeigt sich, daß einige Patienten ihre Willenskraft, sich mit dem Defekt abzufinden, geringer beurteilen als die anderer Menschen. Man könnte daraus schließen, daß einige Patienten die Prognose aufgrund von Minderwertigkeitsgefühlen stellen. So kann die rational vom eigenen Willen gesteuerte Einstellung aber für die subjektive und objektive Bewältigung eines Defektes ausschlaggebend sein.

10. Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Einstellung zur chronischen Krankheit beziehen

10.1. Eigene Einstellung zur chronischen Krankheit

Chronische Krankheit bedeutet ein ständiges Gegenüber, einen quälenden kontinuierlich anwesenden Partner (ENGELHARDT). ENGELHARDT führt die Autoren LAWRENCE und GRAHAM an, nach denen die chronische Krankheit sozialen Abstieg (LAWRENCE 1958) und eine ökonomische Streßsituation bedingen kann, so daß unter Umständen schließlich der Patient von seiner Familie als Last empfunden wird (GRAHAM 1963). Im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gibt es nur wenige, die chronisch verlaufen (Parodontopathien, Kiefergelenkserkrankungen). Die Verlaufsformen dieser Krankheiten äußern sich nicht so extrem und beängstigend wie bei somatischen Erkrankungen. Insofern treffen die Aussagen von LAWRENCE und GRAHAM bei Patienten mit chronischen Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sehr selten zu. Da auch die Mehrzahl unserer Patienten an keiner chronischen Krankheit litt, war es nicht verwunderlich, daß drei Viertel von ihnen

(75) sich mit einer solchen Gegebenheit abfinden würden. 19 verhielten sich ablehnend. Entgegen unseren Vermutungen ist der Prozentsatz der Frauen und Männer, die sich mit einer chronischen Krankheit abfinden würden, ziemlich gleich. Es ist jedoch sehr interessant, daß sich die Hausfrauen (85,2%) eher einer chronischen Krankheit fügen würden als andere Berufsgruppen und Männer. Die weiblichen Schüler und Angestellten gaben zwar auch in überwiegender Zahl an, daß sie sich wahrscheinlich mit einer chronischen Krankheit abfinden würden, doch ist der Prozentsatz nicht unerheblich, der dieses Schicksal lästig und unerträglich findet. Die Hausfrauen nahmen ihr Schicksal anscheinend eher in Kauf als ihre gleichgeschlechtlichen Mitmenschen aus anderen Berufen und Männer. Daß diese Verhaltensweise der Hausfrauen an und für sich für alle Frauen typisch ist, geht auch daraus hervor, daß z.B. die Suizidhäufigkeit der Männer die der Frauen um rund 100% übersteigt (DUBITSCHER). GERFELDT stellte eine Geschlechtsproportion von M : F = 60% : 40% fest. In unserem Patientenkreis wurde die Verhaltensweise der Frauen, wie sie auch andere Autoren beobachtet haben, allein durch die Hausfrauen deutlich.

Die katholischen Frauen finden sich im Gegensatz zu den evangelischen eher mit einer Krankheit ab. Umgekehrt ist jedoch das Verhältnis bei den Männern. BITTER erwähnt den Indologen WINTERNITZ, der einmal gesagt hat: "Die Frau ist immer die beste Freundin der Religion gewesen, aber keineswegs immer eine Freundin der Frau". Verhalten sich die Frauen bewußter, machen sie mehr Ernst mit ihrer Grundhaltung - oder sind die Männer weniger religiös gebunden?

Die Männer verhalten sich auf jeden Fall ungeduldiger als die Frauen. Je länger ihre Krankheit dauerte, um so ungeduldiger wurden sie. Wir haben vorhin schon festgestellt, daß das weibliche Geschlecht im allge-

meinen sein Schicksal eher in Kauf nimmt als das männliche, d.h., daß sie geduldiger und ergebener sind. In unserem Patientenkreis befand sich eine Frau, die seit 3 Jahren an einer Parodontopathie litt. Sie lief am Anfang ihrer Krankheit von einem Zahnarzt zum anderen, aber niemand konnte ihr helfen. Darüber resignierte sie und gab es auf, an Heilung zu denken. Frauen mit langwierigen Krankheiten strahlen Gleichgültigkeit oder Lässigkeit aus. Sie können sich anscheinend schneller an ihre Lage gewöhnen als die Männer. Die "Einstellung zur Defektheilung" gleicht bei Patienten mit akuten Erkrankungen der zur "chronischen Krankheit". Anscheinend nehmen diese Patienten an, daß ihre akute Krankheit zeitlebens fortbesteht. Sie sehen darum relativ häufig eine chronische Krankheit als unerträglich an. Patienten mit länger andauernden Erkrankungen fügen sich meist mehr oder weniger ihrem Schicksal.

10.2. Einstellung anderer zur chronischen Krankheit

Auch hier äußerten sich Außenstehende stets positiver als unsere Patienten, die als von einer Krankheit Betroffene von einer anderen "Warte" aus urteilten. Sehr interessant ist es, daß die Außenstehenden bei katholischen Probanden zu 100% der Meinung waren, daß man sich mit einer chronischen Krankheit abfinden müsse. Diese Auffassung vertraten dagegen nicht alle Bekannten der evangelischen Patienten. Wir sehen, daß auch hier die religiöse Bindung eine Rolle spielt.

11. Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die vergangene und zukünftige Lebensweise der Patienten beziehen

Nach GERFELDT gehen soziobiologische Störungen der Ge-

sundheit von drei Faktoren aus, unter anderem von der Ernährung und der gesamten Lebensweise. Zahlreiche Krankheiten haben etwas mit einer falschen Lebensweise zu tun, die der Patient sehr wohl ändern könnte. Es ist ein Unglück, daß die gesellschaftliche Rückwirkung falschen Gesundheitsverhaltens noch nicht das Bewußtsein der breiten Masse ergriffen hat (SCHAEFER/BLOHMKE).

96 Patienten geben an, daß ihre vergangene Lebensweise nichts mit ihrer Krankheit zu tun hat. Es ist erwiesen, daß mehrere dieser Probanden durch ein vermindertes Gesundheitsgewissen zu ihrer Erkrankung gekommen sind; doch sind sie sich dessen nicht bewußt. Maßnahmen zur Änderung von Verhalten und Umweltfaktoren nennt man "Gesundheitsvorsorge" (SCHAEFER/BLOHMKE). Das Gewissen der Bevölkerung muß auf Zahnhygiene angesprochen werden. Auch Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sollten vor allem durch Änderung mancher Lebens- und Verhaltensweisen bekämpft werden. Es ist jedoch typisch für unsere Zeit, daß sich die Menschen der Mühe, ihre Zähne zu erhalten, nicht unterziehen wollen.

Ein Patient, der bei einem Verkehrsunfall eine Kieferfraktur erlitten hatte, stand anscheinend über dieser Sache; für ihn bedeutete das zukünftige Leben vor allem mehr Schwung. Der Grund für dieses Verhalten ist leicht zu erklären. Bei seinem Verkehrsunfall kamen sämtliche Insassen des Autos um. Für ihn stellte deshalb sein Leben eine zweite Geburt dar. Er will nun das Glück zu leben voll auskosten. Alles andere sind Lappalien.

Gewarnt durch ihre Krankheit wollen 93 unserer Patienten ihre Lebensweise ändern und in Zukunft öfters zum Zahnarzt gehen. Das läßt vermuten, daß das Gesundheitsgewissen dieser Patienten durch das Erleben ihrer Krankheit geschärft wurde.

12. Diskussion der Angst vor dem Zahnarzt

Die psychische Belastung durch die zahnärztliche Behandlung ist in den vergangenen Jahrzehnten schneller Entwicklung der zahnärztlichen Technik erheblich zurückgegangen, nicht jedoch die Angst vor dem Zahnarztbesuch. Diese Angst, die Konsultationen immer wieder hinauszögert, führt zu verheerenden Folgen, die ich nicht zu erwähnen brauche. Oft befreit schon der Gedanke allein, zum Zahnarzt gehen zu müssen, den Patienten vom Zahnschmerz. Unter Umständen verschwindet der Zahnschmerz beim Öffnen der Praxistür oder im Wartezimmer. Die Angst vor dem Schmerz und den zahnärztlichen Eingriffen stört die seelische Ausgeglichenheit der Patienten. Sie ist gesteigerte Hilfslosigkeit, totales Ausgeliefertsein, die in der Intensität individuell variieren. Krankheit und Schmerz rufen Angst hervor; sie mobilisieren alte und verdeckte Ängste, auch Urängste (FREUD). Der zu erwartende Eingriff wird als Bedrohung empfunden. Die durch Bedrohung ausgelöste Angst ist aber einer der wichtigsten Affekte unter den Schutzinstinkten (KRETSCHMER). Angst ist die instinktmäßige Reaktion gegen die Bedrohung des Lebens, ein Abwehrmechanismus, also eine gesunde und normale Verhaltensweise.

In unserer Untersuchung ergab sich nun, daß 74% der Patienten keine Angst vor dem Zahnarztbesuch haben. H.G. SERGL ermittelte bei einer demoskopischen Umfrage, daß 50% der Erwachsenen keine Angst vor einer Zahnbehandlung zeigten. Diese unterschiedlichen Zahlen kommen möglicherweise dadurch zustande, daß in vielen Fällen die Angst nicht zugegeben wird. Auffällig ist, daß die Männer weniger Angst angeben als die Frauen. Dieses Ergebnis ist um so verwunderlicher, als ich in eigener Praxistätigkeit die gegenteilige Erfahrung mit dem Verhalten von Männern gemacht habe. Mit anderen

Worten: Die Frauen sind aufrichtiger in ihren Angaben. Zu demselben Resultat kam auch KRAFT. Bei der Frage an 2000 Personen, ob sie im Wartezimmer vor der Behandlung ängstlich seien, antworteten 8% der Männer und 37% der Frauen mit ja. Es erscheint den Männern wohl unmännlich, die Angst zuzugeben.

Von den Patienten geht knapp die Hälfte regelmäßig zum Zahnarzt und läßt sich die Zähne kontrollieren, während der Rest den Zahnarzt unregelmäßig aufsuchte, und zwar nur dann, wenn Zahnschmerzen auftraten. SERGL fand bei einer Umfrage, daß 35% der Erwachsenen nur bei Schmerzen zum Zahnarzt gehen. Bei diesen Befragungen muß man davon ausgehen, daß einige Leute nicht immer die Wahrheit sagen. Sie wollen wegen der Blamage nicht zugeben, daß sie mit ihrer Gesundheit so "schlampig" umgehen.

Frauen gehen regelmäßiger zum Zahnarzt als Männer. Sie legen mehr Wert auf ihr Gebiß als die Männer. Im MÖSSINGER MODELL (W. STEUER) wurde analog festgestellt, daß mehr Frauen (26%) als Männer (17%) eine gute Zahnpflege aufwiesen. Demontsprechend waren bei 22% der Männer und bei 10% der Frauen Hinweise auf eine schlechte Zahnpflege gegeben. Die Frauen haben anscheinend mehr Sinn für Gesundheit und mehr Angst um Schönheit und Anziehungskraft. Der Mund ist immer noch ein "Erfolgsorgan", sei es wegen der gepflegten Zähne oder der Sprache. Schon ein übler Mundgeruch macht den betreffenden Menschen unsympathisch. Auch heute noch, trotz der Emanzipation der Frau, ist in der Gesellschaft die Ansicht verbreitet, eine Frau müsse gepflegter erscheinen als ein Mann. Aus eigener Praxiserfahrung kann ich berichten, daß z.B. bei einer kieferorthopädischen Behandlung die Meinung der Eltern verschieden sein kann, je nachdem, ob es sich um den Sohn oder die Tochter handelt. Bei einem Sohn, so ist die Ansicht vieler Eltern, ist eine Zahnregulierung nicht unbedingt

nötig, während sie bei der Tochter durchgeführt werden soll, da diese ja später einmal heiraten soll. Es ist eindeutig, daß die ledigen Frauen regelmäßiger den Zahnarzt aufsuchen als die ledigen Männer. Die verheirateten Frauen gehen nicht ganz so regelmäßig wie die ledigen Frauen zum Zahnarzt. Der Grund liegt wohl darin, daß die verheirateten Frauen, die zum größten Teil Hausfrauen sind und Kinder haben, keine Zeit mehr finden, einen Arzt aufzusuchen. Zweitens kann es sein, nachdem sie ja verheiratet sind, daß sie nicht mehr soviel Wert auf ihr Äußeres legen wie früher. Diese Tatsache habe ich mehrfach durch meine Tätigkeit in der Praxis festgestellt: Als Ledige sind viele Patienten regelmäßiger zu uns gekommen als nach ihrer Heirat.

Patienten, die angeblich keine Angst haben, gehen nur zum Zahnarzt, wenn sie Schmerzen haben. Dabei handelt es sich einmal um Menschen, die ihre Angst nicht zugeben wollen und zweitens um solche, die entweder aus Zeitmangel, Bequemlichkeit und Faulheit versäumen, ihre Zähne nachsehen zu lassen. In dieser Gruppe überwiegt der Anteil der Männer wieder einmal den der Frauen.

Wie die Abbildung 44 zeigt, ist die Regelmäßigkeit des Zahnarztbesuchs abhängig von der Schulbildung. Mit der Schulbildung steigt der Prozentsatz der Personen, die regelmäßig den Zahnarzt aufsuchen. Nur die Patienten mit Universitätsbildung gehen nicht in dem Maße, wie wir erwartet haben, zum Zahnarzt! Hier spielt vielleicht der Zeitmangel eine Rolle. Ebenso kann es eine Goldfrage(Krankenkassenangelegenheit) sein.

W. STEUER führt RÖMER (1970) an, der ebenso wie wir die Feststellung machte, daß in den verschiedenen sozialen Schichten die Beachtung der Zahngesundheit und Zahnpflege abhängig ist vom sozialen Status. Er fand dieses anhand einer Befragung von 6jährigen Kindern.

Nach RÖMER besitzen 24% der Kinder von Selbständigen, Beamten und Angestellten, 34% der Kinder von Arbeitern und 40% der Kinder von Landwirten keine eigene Zahnbürste. Von den 6jährigen Kindern gaben lediglich 33% der Kinder von Selbständigen, Beamten und Angestellten, 21% der Kinder von Arbeitern und 10% der Kinder von Landwirten gewohnheitsmäßiges Zähneputzen (1-3x täglich) an. GERFELDT gibt an, daß in den letzten 15 Jahren nach den Feststellungen der Jugendzahnpflege 60% der Kleinkinder behandlungsbedürftige Zähne hatten. Der Anteil verringerte sich bei den Besuchern der Real- und Höheren Schulen auf 36%, bei den Volks- und Berufsschülern nur auf 43% bzw. 44%.

Man hat jedoch in den letzten Jahren festgestellt, daß die "Einstellung der Bevölkerung zur Zahngesundheit sich sehr gebessert hat, selbst in der landwirtschaftlichen Bevölkerung ändert sich merkbar die Einsicht in die Notwendigkeit zahnärztlicher Behandlung und prothetischer Versorgung. Dadurch kommen heute die Zahnpatienten früher in die Zahnärztliche Praxis" (ECKNIGK).

13. Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Einstellung zur Zahnlosigkeit und den Zahnverlust beziehen

Der Verlust der Zähne beeinflusst die Kaufunktion, die Ästhetik und - die unbewußte Symbolik der Zähne. Zähne, Mund und Gesicht spielen im Unterbewußtsein eine große Rolle. Dies führt dazu, daß Störungen in diesem Bereich möglichst verdrängt werden (MENG). Die Zähne bedeuten Potenz und Kraft. Ihre psychische Repräsentanz scheint im Unterbewußten aus früheren Entwicklungsstufen des menschlichen Denkens und Fühlens verankert zu sein. Sie waren Werkzeug und Waffe. Durch die Zivilisation ist dieser praktische und Symbolwert weitgehend gemindert,

doch Kraft und Potenz sind erhalten geblieben (MENG). Bei FREUD ist der Zahn ein Aggressionsorgan. Die psychische Bewertung der Zähne zeigt sich erst beim Zahnverlust. Es ist bezeichnend für die Diskrepanz zwischen psychischem und funktionellem Wert der Zähne, daß der Verlust von mehreren Molaren keine psychisch äquivalente Reaktion auslöst, da diese Defekte nicht sichtbar sind. Die Psyche beschränkt sich auf das sichtbare Gesicht. Die kritischen Zähne sind die Prämolaren (MENG). Man hört oft genug von Patienten bei der Extraktion von Molaren, daß der Verlust dieser Zähne nicht schlimm sei, "da man die sowieso nicht sieht". Die Einstellung zur Zahnlosigkeit hängt nach unserer Untersuchung hauptsächlich vom Geschlecht und Alter ab. Knapp ein Viertel der Frauen fand den Gedanken des Zahnverlustes und somit der Zahnlosigkeit unerwünscht, unvorstellbar und unerträglich. Von den Männern waren es weitaus weniger (7%). MENG hat festgestellt, daß besonders Frauen den Zahnverlust mit sexueller Anziehungskraft identifizieren. Der Zahnverlust bedeutet für sie "Älterwerden". Anscheinend sind die Frauen eitler und legen mehr Wert auf ihr Äußeres. Nach FREUD besteht eine innige Verbindung zwischen Zahnsymbol und Sexualität. Im Traum treten häufig Verschiebungen von unten nach oben auf - d.h. von Kopf, Mund und Zähnen wird geträumt, gemeint sind aber die Genitalien oder damit zusammenhängende Erlebniskomplexe (MENG). Man darf aus unseren Befunden vielleicht schließen, daß Zahnsymbolik und Sexualität bei Frauen im Unterbewußtsein stärker gekoppelt sind als bei Männern.

Die weiblichen Patienten machten sich auch in größerem Maße Gedanken über den Zahnverlust als die Männer, worin wir die Bestätigung finden, daß die Frauen mehr Wert auf ihre Zähne legen. Gleichgültigkeit gegenüber dem Zahnverlust und ein "sich-damit-abfinden" brachten

überwiegend Männer auf.

Natürlich ist das Alter der Patienten auch maßgebend hinsichtlich ihrer Einstellung zur Zahnlosigkeit.

Nach MENG empfindet der junge Mensch den Zahnverlust nicht so stark als psychisches Trauma wie die Älteren ab 35 - 60 Jahre, da hier Zeichen des Älterwerdens sichtbar werden. Der Prozentsatz der älteren Patienten, die einen Zahnverlust unerträglich und unvorstellbar fanden, war erwartungsgemäß höher als bei den jungen Patienten.

Praktisch wichtig ist es zu wissen, daß Patienten im Heiratsalter (45,2% der 21 - 30jährigen) und im Klimakterium (42,9% der 51 - 60jährigen) am meisten den Zahnverlust als unerwünscht ansahen. Frauen im Klimakterium fühlten sich häufig als Zahnkrüppel. In beiden Altersgruppen spielt offensichtlich der mögliche Verlust der Anziehungskraft und der erotischen Ausstrahlung eine Rolle.

Patienten, die schon Prothesen trugen (14% unserer Klientel), bedauerten alle, daß sie so "schlampig" und gewissenlos mit ihren Zähnen umgegangen sind. Dies äußerten auch die Patienten, die mit ihrem Zahnersatz gut zurechtkamen.

14. Diskussion der Ergebnisse, die sich auf die Einstellung zur Prothese beziehen

Der Verlust der Zähne führt in den meisten Fällen zu einem Wunsch nach Zahnersatz. Natürlich tritt dieser Wunsch nicht bei allen Menschen gleichmäßig auf. Die Mehrzahl unserer Patienten (83) würde sich mit einer Prothese bei Zahnverlust abfinden, weil "es ja sein muß". Doch es gibt auch Patienten, zumeist Frauen, die glauben, sie würden sich an den Gedanken einer Prothese nicht gewöhnen, oder die den Zahnersatz als unerwünscht

ansahen. Mehr Frauen (24,6%) als Männer (7%) lehnen trotz ihrer größeren Anpassungsfähigkeit das Tragen einer Prothese ab. Diese Ablehnung erwächst vermutlich aus Minderwertigkeitsgefühlen. Bei solchen Leuten wäre die Inkorporierung einer Prothese sehr schwierig, da sie psychisch nicht adaptiert wird.

Nach MENG betrachten die Menschen eine Prothese als Maske. Maske bedeutet Betrug und erzeugt Schuldgefühle. Die Schuldgefühle können entweder zu Minderwertigkeitsgefühlen führen, dann kommt es zu einer psychischen Nichtadaptation. Andererseits können die Schuldgefühle aber auch einen starken Lebenswillen wecken, der dann eine Adaptation der Prothese bewirkt. Diese Überwindung bedeutet eine Lebensreifung und Erweiterung des Lebensinhaltes.

Das Gebiß ist auch heute noch unentbehrlich für Nahrungsaufnahme, Lautbildung und Mimik. Der Gesichtsausdruck prägt die Persönlichkeit und erleichtert viele soziale Lebensfunktionen (GERFELDT). Viele Patienten ziehen die Verschönerung ihres Aussehens durch den Zahnersatz der möglichst korrekten Wiederherstellung ihrer früheren Physiognomie vor. So wird eine Totalprothese mit zufriedenstellender Physiognomie und geringerem Kaueffekt eher toleriert als eine mit gutem Kaueffekt, aber ungünstiger Physiognomie (HARNISCH, GABKA, BRAUN). In unserer Untersuchung stellten wir weiter fest, daß jüngere Leute sich eher mit einer Prothese abzufinden meinen als ältere. Wie wir im vorigen Kapitel sahen, überwinden jugendliche Patienten den Verlust von Zähnen rascher. Bei älteren Patienten ist der Verlust von Zähnen und die folgende Prothese unweigerlich ein Zeichen des Älterwerdens. Sie gewöhnen sich langsamer daran. Die jungen Leute sind flexibler, sie gewöhnen sich schneller an Dinge, die "sein müssen". Sie finden sich damit ab, weil es ja keine andere Möglichkeit gibt. Nach HARNISCH, GABKA und BRAUN hat auch JUNG die Erfahrung gemacht, daß sich der jugendliche

Patient viel leichter und schneller an eine (Total-) Prothese gewöhnt als ein älterer Mensch.

Von unseren Patienten trugen 14% eine Prothese. Auffällig ist, daß mehr Frauen als Männer Prothesenträger waren. Die Frauen bewerten den Zahnersatz meist höher als die Männer. Im MÖSSINGER MODELL (W. STEUER) wurde ebenfalls die Erfahrung gemacht, daß bei den prothetisch Versorgten der Index bei den Frauen höher ist als bei den Männern, was sich mit einer erhöhten Behandlungsbereitschaft erklären läßt. Verständlicherweise steigt die Zahl der Prothesenträger sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern mit zunehmendem Alter an.

Interessanterweise ist die Einstellung zur Prothese abhängig vom Bildungsgrad der Patienten (Abbildung 47). Die meisten Menschen aller Bildungsstufen (Volksschule, Mittelschule, Gymnasium und Universität) würden sich mit einer Prothese abfinden. Es sind immerhin in jeder Gruppe mindestens 75%. Allgemein ist aber mit MENG zu sagen, daß de facto von einfachen Leuten die Prothese eher adaptiert wird als von Intellektuellen. Es muß offengelassen werden, warum in unserem Kollektiv der Anteil der Patienten mit Universitätsbildung sich mit einer Prothese eher abfinden würde als solche mit Ober-schulabschluß.

Zusammenfassung:

Diese Arbeit stellt einen methodisch wie inhaltlich orientierten Versuch dar, Genaueres über die Bedingtheit des Verhaltens, des Empfindens und der Einstellung der Menschen mit Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten zu ihrer Krankheit zu erfahren.

1. Ausgewertet wurden die bei persönlicher Befragung erhaltenen Antworten von 44 ambulanten und 56 stationären Patienten der Zahn-, Mund- und Kieferklinik Marburg.
2. Von 57 Frauen und 43 Männern waren 51 ledig, 46 verheiratet und 3 verwitwet.
3. Den größten Anteil bildeten Patienten im Alter von 11 - 20 Jahren (32) und 21 - 30 Jahren (31).
4. 80 waren evangelisch, 18 katholisch.
5. Pflichtkassenpatienten und Sozialfürsorgeempfänger stellten 97%, Selbstzahler 3% des Krankengutes.
6. 73% der Patienten hatten Volksschulbildung, 14% mittlere Reife, 4% das Abitur und 9% besuchten eine Universität oder hatten sie besucht.
7. Mehr als ein Viertel der Patienten waren Hausfrauen (27%). Ein knappes Viertel (24%) wurde von mittleren Beamten und Angestellten gebildet. Einen nicht unerheblichen Anteil stellten die Handwerker (16%). Schüler, Studenten und Lehrlinge machten 20% des Patientengutes aus. Der Rest wurde von Arbeitern (9%), Landwirten (2%), Akademikern (1%) und Rentnern (1%) gestellt.
8. Einige Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten treten be-

vorzugt in bestimmten sozialen Schichten auf:

- a) Kieferfrakturen verteilten sich zu 6 = 27,3% auf Handwerker, zu 5 = 22,7% auf mittlere Beamte und Angestellte und zu 4 = 18,2% auf Hausfrauen. Der Rest bestand aus Arbeitern 2 = 9,1%, Landwirten 2 = 9,1% und Schülern 3 = 13,6%.
- b) Von den Abszeßkrankten waren 4 = 44,4% mittlere Beamte und Angestellte, 3 = 33,3% Handwerker.
- c) Ein Drittel = 2 der Patienten mit Zysten waren Hausfrauen.
- d) Patienten mit Parodontopathien waren zu einem Drittel = 6 Hausfrauen und zu 5 = 27,8% Schüler, Studenten und Lehrlinge.
- e) Unter den Kiefergelenkserkrankten befanden sich 5 = 35,7% Hausfrauen und ebensoviel 5 = 35,7% mittlere Beamte und Angestellte.

- 9. 69% fanden in ihrem Beruf Befriedigung, 11% sogar Erfüllung. 7% gingen ihrer Arbeit ungern nach und 13% arbeiteten nur, um Geld zu verdienen.
- 10. Die Befriedigung im Beruf hängt von dem Beruf und der sozialen Stellung ab: angelernte Arbeiter (5 = 62,5%), Vertreter und Landwirte (1 = 50%), mittlere Beamte und Angestellte (5 = 20,8%), Handwerker (3 = 18,8%), Schüler, Studenten und Lehrlinge (2 = 10%) und Hausfrauen (4 = 14,8%) fühlen sich in ihrer Arbeit unbefriedigt.
- 11. Abszeßkrankte (4 = 44,4%) und Patienten mit Zysten (2 = 33,3%) zeigen zum größten Teil Unzufriedenheit im Beruf.
- 12. Die weiblichen Patienten zeigen eine längere Krankheitsdauer als die männlichen.

13. Frauen (36 = 63,16%) schenken ihrer ZMK-Krankheit am Anfang der Erkrankung signifikant weniger Beachtung als die Männer (21 = 48,8%). Die männlichen Patienten (21 = 48,8%) machen sich zu Beginn mehr Sorgen (und fürchten das Schlimmste) als die Frauen (19 = 33,3%).
14. Akute ZMK-Krankheiten bewirken anfangs größere Sorgen als längerdauernde und mit weniger schweren Symptomen einhergehende Krankheiten.
15. Männer (19 = 44,2%) beurteilen den Verlauf ihrer ZMK-Krankheit optimistischer als die Frauen (15 = 26,3%). Die Frauen (24 = 42,1%) spüren häufiger Verschlechterungen als die Männer (9 = 20,9%).
16. Der Zustand zum Zeitpunkt der Befragung wurde von mehr männlichen (27 = 62,8%) als weiblichen (26 = 45,6%) Patienten positiv bewertet.
17. Bedeutend mehr Männer (37 = 86,1%) als Frauen (27 = 47,4%) erwarten eine Heilung. Das weibliche Geschlecht (22 = 38,6%) neigt eher dazu, von Besserung zu reden als das männliche (2 = 4,7%).
18. Die katholischen Patienten (13 = 72,2%) glauben eher an Heilung als die evangelischen (51 = 63,8%).
19. 96% unserer Patienten erfuhren vom Arzt, an welcher Krankheit sie leiden. 3% hatten das Wissen von ihren Eltern und 1% von Bekannten.
20. 72% wußten gut über ihre Krankheit Bescheid. 14% stellten Vermutungen an und weitere 14% wußten nichts.
21. Die Frauen (45 = 79%) wußten mehr und besser über ihre Krankheit Bescheid als die Männer (27 = 62,8%).

22. Das Krankheitswissen war unseren Patienten zu 97% erwünscht. 2% interessierte ihre Krankheit nicht, und 1% war es gleichgültig.
23. Die katholischen Patienten (8 = 44,4%) hatten ein signifikant geringeres Krankheitswissen als die evangelischen (62 = 77,5%).
24. Bei der ärztlichen Mitteilung der Krankheit an die Patienten reagierten die Männer verständiger (19 = 44,2%) als die Frauen (16 = 28,1%). Frauen wurden viel eher in Bedrückung (18 = 31,6%) und Niedergeschlagenheit (13 = 22,8%) versetzt als Männer (8 = 18,6% bzw. 4 = 9,3%).
25. Die Reaktion der Umwelt (Arzt, Arbeitgeber, Partner, Eltern, Kinder, Geschwister und Angehörige, Freunde) ist abhängig von der Beziehung des Patienten zu seinen Mitmenschen. Dem Patienten nahestehende Personen reagieren meistens besorgt, traurig und verständnisvoll, Personen mit entfernterem Verwandtschaftsgrad und Kontakt eher mitleidig oder uninteressiert.
26. 56% unserer Patienten kannten die Ursache ihrer ZMK-Krankheit. 19% wußten nichts darüber, und 25% stellten Vermutungen an.
27. 81% unserer Klientel schlossen seelische Erlebnisse als Ursache ihrer ZMK-Krankheit aus. 14% hielten psychische Einflüsse für möglich, und 2% konnten mit Sicherheit angeben, daß psychische Faktoren bei ihrer Krankheit mit im Spiel waren.
28. Für 65% unserer Patienten war die Umwelt nicht die Ursache der Krankheit. Mehr Frauen (44 = 77,2%) als Männer (21 = 48,8%) schlossen diese aus.

29. In acht Fällen war die ZMK-Krankheit objektiv erblich bedingt, und zwar handelte es sich um Schmelzhypoplasien (Amelogenesis imperfecta) und Stellungsanomalien.
30. 18% unserer Patienten trugen selber die Verantwortung für das Entstehen ihrer ZMK-Krankheit (Kieferfrakturen, Parodontopathien, Abszeß, Lappenfibrom): 6% fühlten sich unbewußt verantwortlich und 2% meinten, durch eigene Fahrlässigkeit zu dieser Krankheit gekommen zu sein. Der weitaus größte Teil (77%) fühlte sich unverantwortlich.
31. 67% der Patienten hielten andere Menschen nicht verantwortlich für das Entstehen ihrer Krankheit. 6% waren der Auffassung, daß andere fahrlässig gehandelt hatten, 3% gewollt und 4% unbewußt. 18% gaben ihren Mitmenschen eindeutig die Schuld für ihre Krankheit.
32. Der größte Wunsch, den zwei Drittel (68%) unserer Patienten anführten, war die Befreiung von Beschwerden. 14% waren besorgt um die zukünftige Gesundheit, 6% um das Schicksal der Familie. Der Rest (5%) hatte Angst um das Aussehen, um die zukünftige wirtschaftliche Situation (1%) und um eine Behinderung im Beruf (2%). Nur 4% waren frei von Sorgen.
33. Die meisten Patienten (63%) sind in der Zukunft keiner Belastung ausgesetzt, die durch ihre Krankheit entstanden ist. 21% führen eine Verschlechterung ihres Zustandes an, 7% haben Angst, nicht mehr gesund zu werden. 5% denken an die Not der Abhängigen, 2% an eine Belastung durch das veränderte Aussehen und 1% an das spätere Leben.
34. 65% der Patienten würden sich mit einer Defektheilung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich abfinden.

Für 21% wäre ein Defekt verbunden mit störenden und unangenehmen Gefühlen. 6% fanden schon den Gedanken daran unerträglich und ebensovielen war es gleichgültig. Nur 2% war der Defekt nicht wichtig, sondern das Leben.

35. Nach Meinung der Patienten würden die meisten Außenstehenden (85%) sich mit einer Defektheilung abfinden.
36. 75% unserer Patienten würden sich mit einer chronischen Krankheit abfinden. 11% würden sie als unerträglich ansehen, 8% als lästig und 3% war es gleichgültig.
37. Außenstehende Personen würden sich nach Ansicht der Patienten ganz überwiegend (89%) auch mit einer chronischen Krankheit abfinden.
38. 96% der Patienten meinen, die vergangene Lebensweise habe nichts mit ihrer ZMK-Krankheit zu tun.
39. Die Vorstellung von der zukünftigen Lebensweise unserer Patienten (93%) unterscheidet sich von der vergangenen nur darin, daß sie öfters zum Zahnarzt gehen wollten.
40. 74% der Patienten hatten angeblich keine Angst vor einem Zahnarztbesuch. Der Rest (26%) gab sie zu.
41. Regelmäßig zum Zahnarzt gingen 49%, und zwar mehr Frauen (30 = 52,6%) als Männer (19 = 44,2%).
42. Die Zahnlosigkeit wurde von 31% der Patienten als unerwünscht angesehen bzw. 17% fanden sie unvorstellbar und 7% unerträglich. Nur 15% würden sich damit abfinden. 13% hatten sich noch keine Gedanken darüber gemacht. 14% trugen eine Prothese, von denen fast drei Viertel (10 = 71,4%) gut mit zurechtkamen. 3% war eine Zahnlosigkeit gleichgültig.

43. 83% der Klientel würden sich mit einer Prothese abfinden. 12% könnten sich an den Gedanken nicht gewöhnen, und 5% sahen das Tragen einer Prothese als unerwünscht an.

Literaturverzeichnis

- 1 ANETSBERGER, F.
Symptomatik und Differentialdiagnostik
kiefergelenkbedingter Schmerzzustände
Zahnärztliche Praxis, Zeitschrift
Heft 15, 24. Jahr, 3. August 1973
Dr. E. Banaschewski Verlag, München
- 2 BECKER, P. (HRSG.)
Humangenetik, Bd. II
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1964
- 3 BIRNBAUM, K.
Handwörterbuch der medizinischen Psychologie
Georg Thieme Verlag, Leipzig 1930
- 4 BITTER, W.
Krisis und Zukunft der Frau
Ernst Klett Verlag, Stuttgart 1967
- 5 CAESAR, P., SCHILD, W.
Einführung in die Sozialmedizin
Carl Heymanns-Verlag KG, Köln, Berlin, Bonn,
München 1962
- 6 DUBITSCHER, F.
Lebensschwierigkeiten und Selbsttötung
Beratung und Vorbeugung
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1971
- 7 ECKNIGK, R.
Krankheit, Medizin und soziale Sicherung im Wandel
Hrsg. vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit
und soziale Fürsorge
Frühmorgen und Holzmann, München 1970

- 8 ENGELHARDT, K.
Der Patient in seiner Krankheit
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1971
- 9 GERFELDT, E.
Sozialhygiene, Sozialmedizin und
prophylaktische Medizin
Walter de Gruyter und Co, Berlin 1970
- 10 HARNISCH, H., GABKA, J., BRAUN, H.
Handlexikon der Zahnärztlichen Praxis
Medica Verlag, Stuttgart, Wien, Zürich,
Amsterdam 1972
- 11 HEINRICH, E.
Unsere Patienten und wir
J.P. Lehmanns Verlag, München 1933
- 12 HEUSER, H.
Klinik der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
3. Auflage
Dr. Alfred Hüthig Verlag, Heidelberg 1971
- 13 HOFER, O., REICHENBACH, E., SPRETER VON KREUDEN-
STEIN, T., WANNENMACHER, E.
Lehrbuch der Klinischen Zahn-, Mund- und Kiefer-
heilkunde Bd. I. 3. und 4. Auflage
Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1968
- 14 KRAFT, M.
ZWR, Zahnärztliche Welt, Zeitschrift
Heft 22, 81. Jahrgang, 25. Nov. 1972
Alfred Hüthig Verlag, Heidelberg 1972

- 15 MENG, H.
Psychologie in der zahnärztlichen Praxis
Medizin. Verlag Hans Huber, Bern und
Stuttgart 1952
- 16 MEYER, W.
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Bd. I.
Ein Handbuch für die zahnärztliche Praxis
Verlag von Urban und Schwarzenberg, München,
Berlin 1958
- 17 MEYER, W.
Zahnärztliche Operationslehre
2. Auflage
Verlag von Urban und Schwarzenberg, München,
Berlin 1963
- 18 MÜLLER, W.
zitiert bei Hofer, Reichenbach, Spreter von
Kreudenstein, Wannenmacher
- 19 ORBAN, B.J., GRANT, D., STERN, I.B., EVERETT, F.B.
Parodontologie
C.V. Mosby Company, Saint Louis, USA 1963
übersetzt und bearbeitet von
Prof. Dr. Dr. Fritz Schön, Universität Erlangen/
Nürnberg
Verlag: Die Quintessenz, Berlin 1965
- 20 PFLANZ, M.
Sozialer Wandel und Krankheit
Ergebnisse und Probleme der medizinischen Soziologie
Enke-Verlag, Stuttgart 1962

- 21 ROBINSKY, E.
Ätiologie der Kiefergelenksbeschwerden
Zahnärztliche Praxis, Zeitschrift
Heft 16, 23. Jahr, 18. August 1972
Dr. E. Banaschewski Verlag, München

- 22 SCHAEFER, H. und BLOHMKE, M.
Sozialmedizin
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1972

- 23 SERGL, H.G.
Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 1968
Carl Hanser Verlag, München

- 24 Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik
Deutschland 1970
Herausgeber: Statistisches Bundesamt Wiesbaden
Verlag: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart und Mainz

- 25 STEUER, W.
Gesundheitsvorsorge
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1971

Für die Themenstellung, freundliche Anleitung
und Unterstützung bei der Anfertigung dieser
Arbeit danke ich sehr Herrn Prof. Dr. H. Oepen.

Herrn Prof. Dr. H. Schnell danke ich für die
Übernahme des Correferates.

Lebenslauf

Am 24. April 1947 wurde ich, Brunhild Heller, als Tochter des Zahnarztes Günter Heller und seiner Ehefrau Brunhilde Heller geborene Grobe in Hannover geboren. Hier besuchte ich von 1953 bis 1958 die Volksschule. Meine schulische Ausbildung setzte ich anschließend auf dem mathematisch-naturwissenschaftlichen Gymnasium "Helene-Lange-Schule" fort, wo ich am 22. September 1966 die Reifeprüfung ablegte. Im Wintersemester 1966/67 begann ich in Marburg mit dem Studium der Naturwissenschaften. Zum Sommer 1967 wechselte ich die Fakultät und begann mit meinem Zahnmedizinstudium. Das Vorphysikum legte ich im März 1968 ab. Das Physikum bestand ich im September 1969, das Zahnmedizinische Examen am 7. Juli 1972. Seitdem bin ich in der Praxis meines Vaters in Hannover als Ausbildungsassistentin beschäftigt. Am 4. Mai 1973 heiratete ich den Zahnarzt Dr. Kajetan Munsch aus München.

Meine akademischen Lehrer in Marburg waren
die Damen und Herren Professoren und Do-
zenten:

Dimroth, Engelhardt, Friederich, Haan,
Hennis, Hort, Hering, Heuser, Janke,
Karlson, Koecke, Korb, Mahr, Mann, Niemeyer,
Nöth, Oepen, Pantke, Petry, Pfütz, Riecken,
Rohen, Rosemann, Rupec, Salfeld, Schiff,
Schmidt, Schnell, Seidel, Stuke, Walcher,
Wendt.

